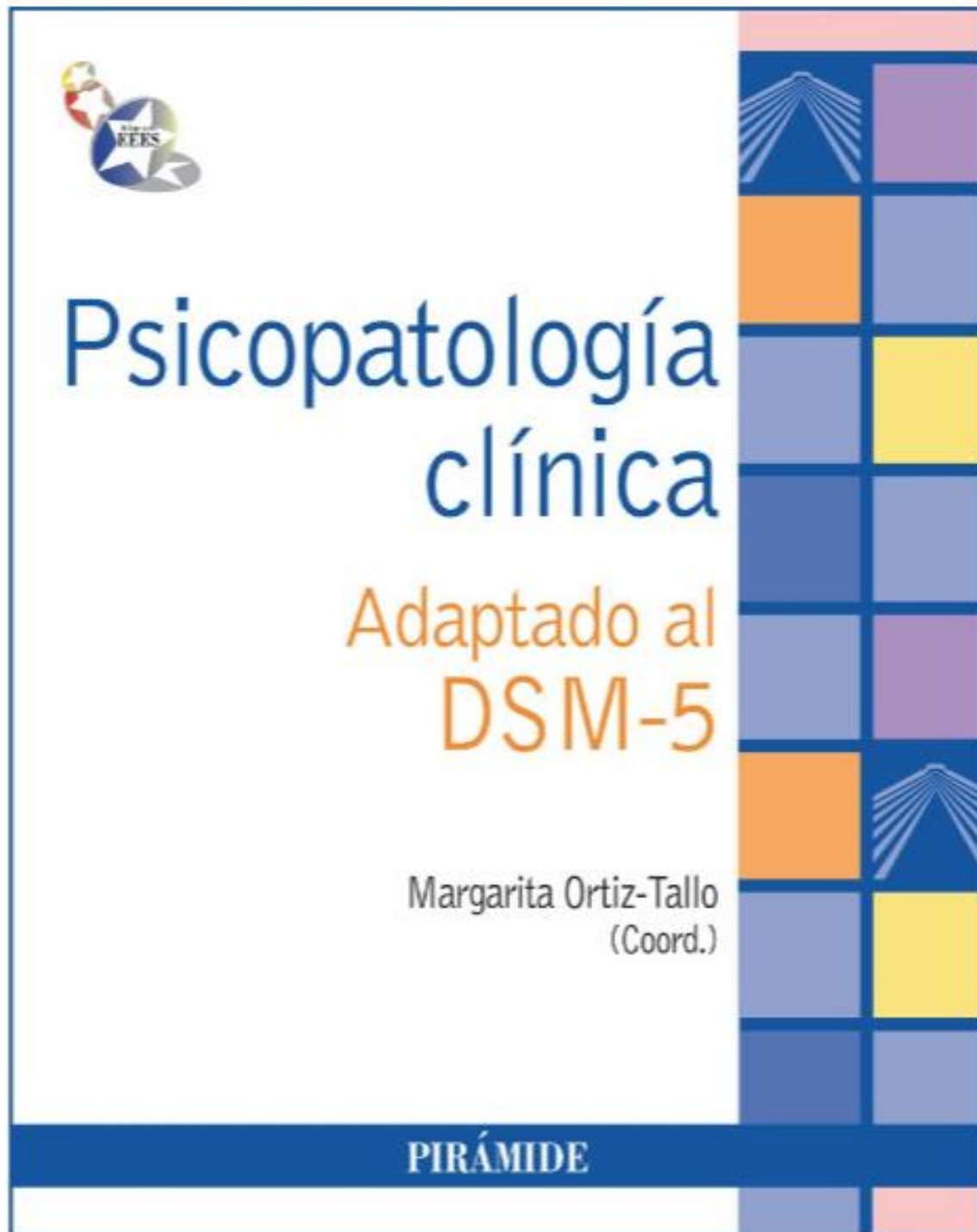




<https://www.facebook.com/rojoamanecer2.1/>

Coordinadora

MARGARITA ORTIZ-TALLO

PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

ADAPTADO AL DSM-5
EDICIONES PIRÁMIDE

RELACIÓN DE AUTORES

M.^a del Mar Campos

Psicóloga del Área de Programas de la Asociación Española contra el Cáncer (Sede Central).
Investigadora del equipo mixto de la Universidad de Málaga y de la Universidad Complutense de Madrid.

Josefina Cano

Psicóloga del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Profesora asociada del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Violeta Cardenal

Profesora titular del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico II. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

M.^a Victoria Cerezo

Doctora en Psicología. Psicóloga de la Asociación de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama (ASAMMA).
Profesora asociada del Área de Metodología de la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

M.^a Adela Checa

Psicóloga del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Mana Ferragut

Profesora contratada del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Vanessa González Herero Doctora en Psicología. Investigadora del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Directora de la Unidad de los Trastornos de la Personalidad en el Instituto Andaluz de Xeurociencia y Conducta (IANEC. Málaga).

Ismael Loinaz

Doctor en Psicología. Cnminólogo y psicólogo Forense. Grupo de Investigación en Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.

Berta Moreno Küstner

Profesora titular del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Margarita Ortiz-Tallo

Directora del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Profesora titular del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Natalia Ramos

Profesora contratada doctora del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Miguel Ángel Rando

Psicólogo clínico del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Profesor asociado del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Ana M.^a Regueiro Psicóloga clínica del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Profesora asociada del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de

Psicología. Universidad de Málaga.

M.^a José Zoilo

Profesora asociada del Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

Introducción

Capítulo 1 Más allá de la psicopatología clínico

Capítulo 2. Concepto de psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas

1. Concepto de psicopatología
2. Ámbito de la disciplina
 - 2.1. Psicopatología y psiquiatría
 - 2.2. Psicopatología y psicología clínica
 - 2.3. Psicopatología y psicología de la salud
 - 2.4. Psicopatología y psicología de la personalidad
3. Criterios de anormalidad en psicopatología
4. Causalidad en psicopatología
5. Análisis de los fenómenos psicopatológicos clínicos
 - 5.1. La conciencia de anomalía
 - 5.2. Función y contenido
 - 5.3. Egosintonía
 - 5.4. La evolución de la alteración
 - 5.5. Intensidad y cualidad
 - 5.6. Dimensión cultural
 - 5.7. Rasgos de personalidad patológicos

Capítulo 3. Trastornos de ansiedad

1. Introducción
 2. Clasificación de los trastornos de ansiedad
 - 2.1. Trastorno de pánico o trastorno de angustia
 - 2.2. Agorafobia
 - 2.3. Fobia específica
 - 2.4. Fobia social
 - 2.5. Trastorno de ansiedad generalizada
 - 2.6. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
 - 2.7. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 3. Etiología
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 4, Trastorno obsesivo-compulsivo y afines

1. Introducción
 2. Clasificación de los trastornos obsesivo-compulsivos y afines
 - 2.1. Trastorno obsesivo-compulsivo
 - 2.2. Trastorno dismórfico corporal
 - 2.3. Trastorno por acumulación
 - 2.4. Tricotilomanía
 - 2.5. Trastorno de excoriación de la piel
 - 2.6. Trastorno obsesivo-compulsivo y afines debidos a enfermedad médica
 - 2.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y afines inducidos por sustancias
 3. Etiología
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 5, Trastorno depresivos

1. Introducción
2. Diagnóstico
 - 2.1. Trastorno depresivo mayor
 - 2.2. Trastorno depresivo persistente (distimia)

- 2.3. Trastorno disfórico premenstrual
- 2.4. Trastorno Depresivo inducido por sustancias o medicación
- 2.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica
- 2.6. Otros trastornos depresivos especificados
- 2.7. Trastorno depresivo no especificado
- 3. Características clínicas
 - 3.1. Sintomatología
 - 3.2. Evolución, curso y pronóstico
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Diagnóstico diferencial
- 4. Teorías explicativas
 - 4.1. Modelos biológicos
 - 4.2. Modelos psicológicos Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 6, Trastorno bipolares

- 1. Introducción
- 2. Diagnóstico
 - 2.1. Trastorno bipolar I
 - 2.2. Trastorno bipolar II
 - 2.3. Ciclotimia
 - 2.4. Trastorno bipolar debido a condición médica
- 3. Características clínicas
 - 3.1. Sintomatología
 - 3.2. Evolución, curso y pronóstico
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Diagnóstico diferencial
- 4. Teorías explicativas
 - 4.1. Modelos biológicos
 - 4.2. Modelos psicológicos Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 7, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- 1. Introducción
- 2. Esquizofrenia
 - 2.1. Historia
 - 2.2. Definición
 - 2.3. Características clínicas de la esquizofrenia (diagnóstico, signos y síntomas)
 - 2.4. Tipos de esquizofrenia
 - 2.5. Diagnóstico diferencial
 - 2.6. Epidemiología
 - 2.7. Etiología
- 3. Otros trastornos psicóticos
 - 3.1. Trastorno esquizofreniforme
 - 3.2. Trastorno esquizoafectivo
 - 3.3. Trastorno delirante
 - 3.4. Trastorno psicótico breve
 - 3.5. Trastorno psicótico compartido
 - 3.6. Trastorno psicótico no especificado Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 8, Trastornos de la personalidad

- 1. Concepto de trastorno de personalidad
- 2. Características de los trastornos de la personalidad
- 3. Trastornos de personalidad identificados en el DSM-5 y en la CIÉ-10
- 4. Etiología de los trastornos de personalidad Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 9, Trastornos de la alimentación

1. Anorexia nerviosa
 - 1.1. Desarrollo y concepto de la anorexia nerviosa
 - 1.2. Características clínicas
 - 1.3. Criterios diagnósticos: DSM-5 y CIE-10
2. Bulimia nerviosa
 - 2.1. Desarrollo y concepto de la bulimia nerviosa
 - 2.2. Características clínicas
 - 2.3. Criterios diagnósticos
3. Trastorno por atracón
 - 3.1. Desarrollo y concepto
 - 3.2. Características clínicas
 - 3.3. Criterios diagnósticos
4. Etiología Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 10, Trastornos del control de impulsos

1. Trastorno explosivo intermitente
 - 1.1. Definición y criterios diagnósticos
 - 1.2. Características clínicas
 - 1.3. Diagnóstico diferencial
 - 1.4. Etiología
2. Trastorno de la conducta o disocial
3. Cleptomanía, piromanía y tricotilomanía
 - 3.1. Cleptomanía
 - 3.2. Piromanía
 - 3.3. Tricotilomanía
4. Otros trastornos del control de los impulsos Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 11. Trastornos de síntomas somáticos o trastornos somatomorfos

1. Trastorno de somatización
2. Trastorno ansioso por enfermedad (anteriormente y en CIE-10. F45.2 hipocondría)
3. Trastorno de conversión (trastorno de síntoma neurológico funcional)
4. Factores psicológicos que afectan a la condición médica
5. Trastorno facticio
6. Otros trastornos de síntomas somáticos
7. Etiología
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 12. Trastornos disociativos

1. Trastorno de identidad disociativo
 - 1.1. Desarrollo y concepto
 - 1.2. Características clínicas
 - 1.3. Criterios diagnósticos
2. Despersonalización y desrealización
 - 2.1. Desarrollo y concepto
 - 2.2. Criterios diagnósticos
3. Amnesia disociativa
 - 3.1. Desarrollo y concepto
 - 3.2. Criterios diagnósticos
4. Otros trastornos de la CIE-10
 - 4.1. Trastornos de trance y de posesión
 - 4.2. Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria

- 4.3. Convulsiones disociativas
- 4.4. Anestias y pérdidas sensoriales disociativas
- 5. Etiología
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 13, Trastornos relacionados con las adicciones

- 1. Características de la adicción
- 2. Drogodependencias
 - 2.1. Sustancias más consumidas
 - 2.2. Dependencia
 - 2.3. Tolerancia y síndrome de abstinencia
 - 2.4. Definición y criterios diagnósticos
 - 2.5. Aspectos relevantes del proceso de dependencia
 - 2.6. Características clínicas: un caso clínico
- 3. Alcoholismo
 - 3.1. Definición y criterios diagnósticos
 - 3.2. Características clínicas
- 4. Adicciones sin sustancias
- 5. Juego patológico
 - 5.1. Consideraciones generales
 - 5.2. Características clínicas y diagnóstico
 - 5.3. Definición y criterios diagnósticos del DSM-5
- 6. Etiología de las adicciones
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 14, Trastornos relacionados con traumas y estresores

- 1. Trastorno por estrés postraumático (TEPT) 1.1. Criterios diagnósticos del DSM-5
- 2. Trastorno por estrés agudo
 - 2.1. Características diagnósticas
 - 2.2. Caso clínico
- 3. Trastornos adaptativos
 - 3.1. Criterios diagnósticos DSM-5
 - 3.2. Algunas diferencias entre DSM-5 y CIE-10
 - 3.3. Caso clínico
- 4. Comparación de los criterios diagnósticos de estrés agudo (TEA), estrés postraumático (TEPT) y trastorno adaptativo (TA)
- 5. Etiología y mantenimiento
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 15. Trastornos sexuales: parafilias y disforia de género

- 1. Parafilias: preferencias sexuales
- 2. Teorías explicativas de las parafilias
 - 2.1. Desarrollo de un impulso sexual desviado
 - 2.2. Problemas de relación o de falta de habilidad social
 - 2.3. Pensamientos distorsionados
- 3. Trastornos de identidad o disforia de género
- 4. Teoría explicativa del trastorno de la identidad sexual o disforia de género
- 5. Relato clínico
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 16, Psicopatología y delincuencia

1. Introducción
 2. Aspectos básicos en el ámbito jurídico-forense
 - 2.1. Imputabilidad
 - 2.2. Simulación
 - 2.3. Disimulación
 - 2.4. Valoración del riesgo
 3. Principales trastornos relacionados con la conducta delictiva
 - 3.1. Abuso y dependencia del alcohol u otras drogas
 - 3.2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
 - 3.3. Trastornos afectivos: depresión y trastorno bipolar
 - 3.4. Impulsividad y trastornos del control de los impulsos
 - 3.5. Trastornos de la personalidad
 - 3.6. Psicopatía: un constructo específico
 4. Conclusiones y consideraciones prácticas
 5. Caso práctico
- Preguntas de reflexión y debate

Capítulo 17. Fortalezas psicológicas: la otra cara de la psicología

1. Fortalezas psicológicas
 2. Fortalezas y psicopatología
 3. Relato
- Preguntas de reflexión y debate
- Referencias bibliográficas*
- Créditos

*A nuestros alumnos y alumnos, con quienes compartimos y
disfrutamos nuestra
profesión*

INTRODUCCIÓN

Este libro surge con la intención de aportar a nuestros estudiantes del Grado en Psicología, y de otras cañeras afines, un manual básico y sencillo que sirva de guía en la disciplina de la Psicopatología clínica.

Mi nombre es Margarita Ortiz-Tallo. Soy la profesora responsable de la asignatura en la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, y he sido la encargada de coordinar los contenidos de este libro, contando con la importante aportación de un grupo de compañeros y compañeras profesionales de la psicología.

La aplicación de la Psicopatología en la clínica nos guía en la evaluación diagnóstica de las personas que nos piden ayuda. Pero este no debe ser el único objetivo. Las personas no estamos sanas o trastornadas de forma inflexible y rígida. Ante una persona que sufre, será importante tratar de comprender toda su complejidad y saber que nos encontramos en una relación humana de ayuda. Por ello hemos comenzado el manual con un capítulo dirigido a los estudiantes, para recordar la importancia de ir más allá de la psicopatología. Hemos titulado así el primer capítulo.

Además, entendemos que la evaluación siempre deberá tener un carácter dimensional que permita valorar la gravedad del cuadro y no clasifique a las personas con etiquetas estigmatizantes, por lo que consideramos importante que tenga en cuenta también los aspectos positivos del ser humano. Esta idea es la que nos ha llevado a incluir un tema, que consideramos novedoso en la disciplina aplicada, y que presentamos al final del manual, con el objetivo de destacar la importancia de las fortalezas psicológicas del paciente. El tema se titula Fortalezas psicológicas: la otra cara de la psicopatología.

También hemos visto de simio interés, por su trascendencia en la psicología clínica y forense, incluir un capítulo titulado Psicopatología y delincuencia, dedicado a recoger los últimos avances que relacionan los trastornos psicológicos con delitos diversos.

El resto de temas forman parte de manuales clásicos de psicopatología clínica. Comenzamos con el concepto de la disciplina, y posteriormente se plantean los distintos trastornos considerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta versión (DSM-5) (APA. 2013) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS. 1994).

El grupo de profesionales que han colaborado en la elaboración de los diferentes capítulos son todos expertos en el tema que desarrollan.

Ma José Zoilo es directora del Centro de Psicología Clínica e Industrial en Málaga, socia directora de STANDBY Consultores y colaboradora habitual en prensa y radio para la divulgación de la psicología.

Berta Moreno Küstner es profesora titular de Psicopatología. desarrollando su actividad en las facultades de Psicología. Trabajo Social y Derecho (Criminología).

Josefina Cano. M.a Adela Checa. Miguel Ángel Raudo y Ana M.a Regueiro son profesionales que trabajan en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga, y todos ellos tienen una dilatada experiencia clínica.

Ma del Mar Campos. M.a Victoria Cerezo. Maita Ferragut. Vanessa González Herero y Natalia Ramos han colaborado en Centros de Psicología de Málaga, y actualmente realizan su labor investigadora y su trabajo profesional en diferentes ámbitos de aplicación clínica.

Violeta Cardenal es profesora titular en la Universidad Complutense de Madrid, y comparte líneas de investigación con el equipo malagueño en temas relacionados con la personalidad, la igualdad de género, el bienestar y la salud estrechamente relacionadas con una parte esencial de la psicopatología. Forma parte del Grupo de Investigación en Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.

Todos los profesionales que colaboran en este libro tienen vinculación con la docencia e investigación universitaria. A todos ellos mi agradecimiento por su contribución en la elaboración de este manual.

Margarita Ortiz-Tallo Coordinadora

1

MÁS ALLÁ DE LA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

M^a JOSÉ ZOILO

Cuando un estudiante de psicología, de criminología o de trabajo social comienza la carrera, le acompañan muchas emociones. Quiere saber teoría y práctica (sobre todo mucha práctica), cómo ayudar a los demás, cómo ayudarse a sí mismo, cómo encontrar una salida profesional, cómo se enfrentará a su primer paciente: ¿seré capaz?, ¿lo haré bien?...

Su mente se llena de preguntas que no pueden ser respondidas por otras personas, ya que la seguridad en sí mismo y la confianza en el trabajo bien hecho sólo la da la experiencia. Pero esto sólo lo comprendemos con el paso de los años. Lo que ocurre es que tanto en psicología como en el resto de las profesiones los estudiantes quieren estar a la altura desde el primer momento.

Por eso, lo primero que tiene que entender el alumno que estudia psicopatología es que no está ante una asignatura que se aprueba y sirve para conseguir el título. Es mucho más.

Está ante la esencia misma del trastorno psicológico, y esa es una asignatura que le acompañará siempre.

Muchos estudiantes de psicopatología (al igual que los de medicina o enfermería), cuando empiezan a familiarizarse o a ver de cerca la enfermedad se sienten demasiado identificados y creen tener gran parte de los síntomas, o todos. Por más veces que les explico que no les pasa nada y que es algo normal en cualquier alumno relacionado con temas de salud física o mental, la duda siempre les persigue.

Esto no significa que los profesionales estemos exentos de tener una patología psicológica. Cuando la tengamos nos trataremos como cualquier otra persona. Pero la enfermedad no se adquiere por leer, ni por estar junto a alguien que la tenga.

El miedo o la responsabilidad que podamos sentir ante el trastorno psicológico es una sensación normal que a veces no desaparece con el paso del tiempo. Quien trabaja con y ante personas sabe perfectamente de lo que estoy hablando.

No os preocupéis por nada al principio. A todos nos pasó lo mismo mientras estudiábamos.

Una cosa es haber oído hablar de problemas psicológicos, y otra muy distinta es cuando se empiezan a conocer a fondo los trastornos psicológicos. En ese momento, lo primero que se puede apreciar es cuánto se parecen y cuánto se diferencian entre ellos.

¿Dónde empiezan y dónde acaban los límites de cualquier tipo de problema psicológico? Si hay algo que queda claro cuando uno se adentra en el mundo de la psicopatología es que no hay fronteras bien delimitadas entre unos trastornos y otros. No están dibujados como los países que están dentro de un atlas, ni podemos ponerles distintos colores para saber cuál es uno y cuál es otro.

A veces se solapan, se siguen, se enmascaran. De pronto un trastorno tira de otro y lo enseña, y en cambio otras veces parece que jugaran al escondite entre ellos y ninguno quisiera mostrarse abiertamente ni dar la cara del todo.

Por eso. al estudiar cómo se entremezclan unas patologías con otras y cómo afectan a la vida del paciente y de su entorno, es lógico que un alumno sienta miedo a no saber qué hacer cuando esté solo en una consulta o ante una persona con un problema. Ello es perfectamente lógico y normal.

Porque obviamente no es lo mismo ver un trastorno sobre un libro que sobre una persona. Y es que, como decía el investigador Van de Snepscheut. «En teoría no existe diferencia entre teoría y práctica; en la práctica sí la hay».

En un libro de Psicopatología hay un índice que te guía, unas palabras, unos conceptos, y un temario bien organizado y escrito por expertos en la materia. La lógica y el orden que muestran las páginas sobre lo que hay que saber y lo que no aparece de forma tan natural que nos hace creer que nos encontramos ante una guía de procedimientos fácil de seguir. Pero no es así. o al menos casi nunca es así.

En la vida normal no existen índices. No están nuestros profesores asesorándonos sobre cada paso que damos y los pacientes no forman parte de una práctica por escrito. Son personas que nos miran y nos hablan buscando en nosotros las respuestas que ellos no tienen, o creen no tener.

Todos sabemos que la vida es complicada, pero cuando a las complicaciones normales y propias del ser humano le añadimos un «TRASTORNO» (sea del tipo que sea), lo primero que tenemos que saber es que afecta a la persona de una forma tan global que la envuelve por completo. A veces hasta la cambia: la vuelve más temerosa, más irritable, más triste o incluso la aísla.

Un trastorno tiene la facultad de interferir en la forma de pensar, de sentir y de actuar de una persona, haciéndole ver el mundo de una forma distinta, muy distinta. Si tuviera que quedarme con dos adjetivos acerca de cómo ven el mundo todas las personas que padecen algún tipo de trastorno, diría que lo ven más hostil y más amenazante. Y además, como aquello que tememos nos parece más probable que suceda, encima les hace estar en alerta de forma continua.

La vida cambia para el paciente y para todos los que le rodean. El grado de intensidad, de duración y de las áreas afectadas es importante a la hora de estudiar y comprender la psicopatología del paciente. Pero si hay algo que nos queda claro a los profesionales que nos dedicamos a la psicología es que cuando duele vivir, duele todo. Por eso. conocer bien cada esquina, cada curva y cada giro inesperado que pueda hacer disminuir ese dolor es fundamental para el futuro profesional.

Dotarnos de instrumentos y herramientas es primordial. El conocimiento es poderoso, mucho más de lo que imaginamos. Por eso tenemos que aprender muy bien cada concepto, cada patología, cada diferencia. Un profesional relacionado con la psicopatología nunca deja de estudiar y nunca deja de examinarse. Cada paciente es una asignatura distinta que debe aprobar con la máxima nota posible.

Por eso no basta con aprenderse muy bien las características clínicas, los criterios diagnósticos, el diagnóstico diferencial, la etiología y el mantenimiento. Hay que ir «MAS ALLÁ». Por eso se llama así este capítulo, porque si hay algo claro dentro de un ser humano es su complejidad.

Un trastorno también influye en el pensamiento y en las emociones de una persona. Esto hace que su conducta sea diferente a la que tendría si no tuviese dicho trastorno. Esta conducta diferente influye directamente sobre su círculo más cercano, círculo que a su vez influye en el paciente. Parece un trabalenguas, pero es la realidad, una realidad con la que los estudiantes van a trabajar día tras día en un futuro muy próximo.

A veces hay que alejarse de las piezas de un puzzle para poder ver la imagen que forma. En psicopatología clínica también. Unos trastornos serán más fáciles de detectar que otros, pues la mayoría no saltan a simple vista, y otros estarán ocultos en la personalidad o en la forma de vida del paciente. Pero si se llega a conocer bien la esencia de cada uno de ellos, no importará dónde se escondan ni cómo se entremezclen, porque sabremos localizarlos.

Los espartanos no preguntaban cuántos eran sus enemigos, sino dónde estaban. Pero para saber dónde está lo que buscamos, primero tenemos que conocer qué es lo que estamos buscando. Los conocimientos que vamos adquiriendo al estudiar a fondo la Psicopatología nos harán verlos poco a poco con mayor claridad y nitidez. Cada término, cada concepto nuevo que aprendamos, nos ayudará a situarlos en su justo lugar. Y lo que en un principio nos parecía imposible de conseguir, con el tiempo llegará a formar parte de nuestro trabajo diario.

Un trastorno, por definición, nos obliga en cierta forma a que nos fijemos en lo que el paciente no hace, en lo que hace mal y en lo que no es capaz de hacer. Esto no debería hacernos perder la visión total y ampliada de esa persona. Por tanto, también debemos estar muy atentos en lo que sí hace, en lo que hace bien y en lo que es capaz de hacer a pesar de tener ese trastorno. Esto es, ir más allá de la psicopatología clínica.

Antes he mencionado la complejidad del ser humano. Ahora voy a hablar justo de lo contrario: de la simpleza.

Cualquier trastorno físico o psicológico que sea de una baja intensidad o de una corta duración normalmente no suele generar dudas, a quien lo padece, sobre su identidad o sus consecuencias futuras.

Por ejemplo, después de una operación, por muy leve que sea, nos solemos encontrar más débiles por un tiempo. Pero no cuestionamos esa debilidad ni mermamos nuestra autoestima por no poder atender nuestras tareas durante un tiempo. Y aunque no podamos ni tengamos ganas de salir, no pensamos que se nos está cambiando el carácter ni que no queremos como antes a nuestros familiares y amigos.

Y cuando necesitamos ayuda para ponernos de pie o comer, no damos por hecho que los demás piensan de nosotros que somos débiles e inútiles. Todo este proceso de enfermedad y curación lo consideramos absolutamente normal. No tenemos que damos explicaciones a nosotros mismos ni a los demás.

El no poder o no tener ganas de hacer cosas que siempre nos gustaba hacer no lo relacionamos con que ya la vida no nos interesa. En definitiva, sabemos y sentimos que estamos enfermos, pero no creemos que nos hemos vuelto distintos, sabiendo distinguir perfectamente lo que somos de lo que padecemos.

En esto somos bastante simples: si tengo una enfermedad física, soy normal. Si tengo una enfermedad psicológica, soy raro.

Por más casos que conozcamos, por más información que tengamos a través de los medios de comunicación o de internet, todavía sigo escuchando las mismas preguntas: ¿esto se me quitará?, ¿volveré a ser el mismo?, ¿me volveré loco?, ¿soy débil?...

A veces, para contestar a estas y a otras cuestiones relacionadas con el dolor psicológico, apelar al principio de incertidumbre funciona:

Para cualquier ser humano, convivir con la incertidumbre es incómodo.

Necesitamos de alguna manera controlar lo incontrolable. La preocupación es precisamente eso. una forma de «control». Por tanto, es normal preguntarse lo que te preguntas ahora mismo.

Esta frase es sorprendente en cuanto a su eficacia. Tiene un efecto calmante que me llama poderosamente la atención. La expongo aquí para que el que quiera la utilice en cualquier contexto, pues precisamente sirve para eso, para cualquier contexto, quizá porque la preocupación es el hilo conductor que une a todos los trastornos conocidos. El paciente se preocupa por sus cosas, y si no lo hace él lo hará alguien de su entorno.

Como algunos estudiantes siempre andan preocupados por unas cuestiones o por otras, quiero mostrarles el siguiente párrafo del libro La conquista de la felicidad de Bertrand Russell:

«La mayoría de los hombres y de las mujeres son incapaces de controlar sus pensamientos... No pueden dejar de pensar* en cosas preocupantes en momentos en que no se puede hacer nada al respecto. Se llevan los problemas a la cama, cuando deberían descansar y cobrar nuevas fuerzas para afrontar los problemas de mañana, no paran de darle vueltas a la cabeza cuando en ese momento no pueden hacer nada. El sabio sólo piensa en sus problemas cuando tiene sentido hacerlo; el resto del tiempo piensa en otras cosas o, si es de noche, no piensa en nada.»

Pensar sobre qué hacer y no hacer con un paciente futuro mientras se está estudiando Psicopatología no sirve de mucho. Es mejor concentrar el máximo esfuerzo en aprender.

Y una de las cosas que tienen que aprender los estudiantes es que el hecho de ser profesionales no significa que tengamos siempre todas las respuestas. Es verdad que hoy por hoy cada vez tenemos más información sobre los problemas que afectan a las personas y que tratamos de encontrar en todo lo posible soluciones eficaces y rápidas para disminuir, eliminar o aliviar el sufrimiento humano, desde las distintas vertientes profesionales. Ese es nuestro cometido. Pero también es verdad que la combinación de la caja fuerte de su cerebro la tiene siempre el paciente.

He oído muchas veces decir que la psicopatología clínica tiene lo mismo de bonita que de difícil. Por eso es especial.

Así que voy a insistir en una cosa: lean, lean y lean, que leer es muy sano y cuesta poco dinero. Además, mientras estamos leyendo nuestra imaginación se enriquece, nuestro cerebro se oxigena y la mente se mantiene distraída. Y la distracción siempre es una excelente terapia. Leer significa ganas de saber.

Además, me gustaría que el alumno piense en algo muy importante (al menos para mí lo es): los libros no se escriben solos. Detrás de cada libro que hay en las estanterías de

cualquier biblioteca hay una persona con ganas de comunicarse, de expresar lo que siente, lo que sabe, lo que le ha ocurrido o lo que ha imaginado. En definitiva, alguien que quiere transmitir algo.

Y eso tiene un gran valor y también un enorme poder: el poder de las palabras.

El poder de una palabra es inmenso. Pero este poder no es absoluto, sino relativo, ya que se lo damos nosotros dependiendo de cuánto nos importe quién nos la diga y de cómo la exprese.

Pero, ¿de quién son las palabras? Michel Eyquem de Montaigne, filósofo francés del siglo XVI, decía que «la palabra es mitad de quien la pronuncia y mitad de quien la escucha». Nuestras emociones cambian según elijamos unas u otras y a veces transmiten algo químico inexplicable. Sirve como ejemplo la escena que tuve la suerte de presenciar un día.

Lugar: una avenida. Situación: un padre con cuatro o cinco hijos pequeños corriendo en fila a más no poder. El que iba el último decía constantemente: «no puedo, no puedo...», y el padre, con esa sabiduría innata y psicología profunda que a veces tenemos los padres, le decía: «tú como siempre, tú como siempre... el último..., verás que por tu culpa no llegamos...», y el niño, que de verdad no podía (yo lo estaba viendo), se paró un poco poniendo las manos por encima de las rodillas para sacar aliento de donde pudiera. Pero no podía. Y de pronto, como una ráfaga, la más pequeña de todos los hermanos se sitúa delante de él y, acentuando todas las sílabas, le dice: «Tú sí puedes». Y pudo. Vosotros también podréis. No tengáis ninguna duda.

2

CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA. OBJETO, CRITERIOS Y CAUSAS

BERTA MORENO KÜSTNER MARGARITA ORTIZ-TALLO

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

En este capítulo revisaremos el concepto de psicopatología, su ámbito y los límites con otras disciplinas, los criterios que delimitan la anormalidad en psicopatología y las causas o etiología de los trastornos psicológicos. Por último, se cierra el capítulo dedicando un apartado a la consideración de

una parte de la psicopatología clínica o aplicada: el análisis de los fenómenos psicopatológicos clínicos. Se parte del hecho de que el psicopatólogo, en estrecha relación con el psicólogo clínico y el psiquiatra, debe conocer las alteraciones psicopatológicas en su presentación en la realidad clínica. Desde este punto de vista, la formación adecuada no es sólo una formación teórica básica, ni debe limitarse a conocer las distintas alteraciones psicológicas, sino que es conveniente que domine asimismo el conocimiento práctico y las diversas formas de presentación de las alteraciones en la exploración clínica.

1. CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA

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

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

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

2. ÁMBITO DE LA DISCIPLINA

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

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

2.1. Psicopatología y psiquiatría

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

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

2.2. Psicopatología y psicología clínica

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

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

2.3. Psicopatología y psicología de la salud

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

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

A diferencia de la psicopatología, la psicología de la salud se centra, más específicamente, en investigar los factores asociados a la salud física y a su mantenimiento, debiendo además tener en cuenta la dimensión social de la salud. Así, la

exclusión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de esta disciplina la delimitaría del objeto de estudio de la psicopatología (Belloch et al., 2008): la psicopatología se ocupa de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud se ocupa de enfermedades físicas.

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

2.4. Psicopatología y psicología de la personalidad

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

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

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

Como se ha visto en el primer apartado de este capítulo, definir el objeto de estudio de la psicopatología es también un objetivo complejo y supone establecer una línea divisoria entre lo normal/anormal. Si realmente se pudiera dibujar la línea que separara ambos conceptos, el de normalidad y el de anormalidad, la psicología de la personalidad trataría de establecer leyes que describan y expliquen la estructura, los procesos internos y el funcionamiento de la personalidad normal, y la psicopatología de establecer leyes que describan y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones o de personalidades trastornadas. Con esta simplificación de nuevo se vuelve a la necesidad de establecer unos criterios que identifiquen el límite entre lo normal/anormal.

3. CRITERIOS DE ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

Definir el concepto de psicopatología, y en consecuencia el de trastorno psicológico, supone tener que establecer una línea divisoria real entre lo normal/anormal.

La mayoría de los enfrentamientos a lo largo de la historia de la psicopatología han sido precisamente por tratar de definir qué es trastorno y qué es normal.

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

1. Criterio biológico.

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

2. Criterio clínico.

Se trata del reconocimiento- por parte del evaluador, de unas alteraciones objetivas, como serían los síntomas o signos cuya presencia supone una disfunción. En ocasiones estos síntomas serán subjetivos, como por ejemplo que el paciente diga siento angustia, estoy triste, etc. En otras ocasiones serán observables por el evaluador, como una alteración psicomotora o del lenguaje.

3. Criterio estadístico.

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

4. Criterio social.

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

5. Criterio de sufrimiento.

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

6. Interferencia en el funcionamiento.

Se refiere a que el problema esté causando algún deterioro que interfiera en el desarrollo de la vida cotidiana de la persona que lo sufre. La interferencia se refleja en una o varias áreas importantes de la vida, como el trabajo, las actividades sociales o de ocio, la vida familiar o de pareja, entre otras. Este criterio es uno de los más utilizados en la práctica clínica para considerar si una persona presenta un trastorno mental (Wakefield, 2009). Una vez comentados algunos de los criterios que se utilizan para definir un trastorno mental, conviene recalcar que esta disciplina se ocupa de problemas muy dispares, por lo que es fácil entender que no existirá ningún criterio común a todo el objeto de estudio de la psicopatología. En este sentido, a continuación se comentan los principios generales que se recomiendan para la calificación del comportamiento anómalo (Vázquez, 1990).

— *Principio 1:* No se requiere ningún elemento aislado que se requiera para definir la conducta anormal. Puede existir trastorno cumpliendo cualquiera de los criterios anteriormente mencionados. Dicho de otra manera, no tiene que estar presente ningún criterio concreto para que exista anormalidad.

— *Principio 2:* No existe ningún elemento suficiente para definir la conducta anormal. Esto es, cualquiera de los criterios tiene que ser valorado en su contexto para que sirva. Por ejemplo, se puede considerar normal la creencia de estar hablando con espíritus durante una sesión de espiritismo.

— *Principio 3:* La anormalidad de una conducta suele venir dada por la conjunción de varios criterios. La fuerza de un criterio puede ser mayor que la de otro cuando aparecen en mayor o menor grado varios de ellos. En el caso de un drogodependiente, puede estar presente el criterio del malestar subjetivo, el criterio estadístico, así como el criterio social.

— *Principio 4:* Ninguna conducta es por sí misma anormal. Este principio quiere hacer hincapié en la relatividad de cualquier comportamiento y en la importancia de entender siempre cualquier comportamiento atendiendo a las variables contextuales.

— *Principio 5:* La dimensionalidad de la conducta humana. Parece actualmente más conectado considerar la conducta como un continuo en el que los trastornos serían puntos más o menos extremos de él. Esto quiere decir que todas las personas comparten en mayor o menor medida cualquier atributo, pero que variaría el grado en el que se manifiestan. Por tanto, establecer las líneas divisorias de diversas categorías será difícil y, en cierta medida, arbitrario.

4. CAUSALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

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

Estudiar la etiología de los trastornos psicológicos requiere una visión amplia e integradora. Las limitaciones de las explicaciones y las causas individuales de los trastornos psicopatológicos desarrolladas en el siglo XIX han hecho que actualmente sean muchos los profesionales de la salud que piensan que, para seguir su progreso, la ciencia debe adoptar un modelo de explicación integral y holístico. Por ello, actualmente la mayoría de los investigadores concluyen que existen distintas perspectivas para explicar y definirlos, y todas ellas pueden ser muy diferentes y complementarias.

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

El modelo bio-psico-social de Engel ejemplifica una postura integradora en el mismo concepto de salud. El postulado básico de este modelo es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales; por tanto, es necesario tener en cuenta estos factores en la determinación de una enfermedad y su tratamiento, defendiendo que todos los factores son importantes. El modelo bio-psico-social se opone al dualismo mente-cuerpo, postulando la importancia de

factores que no son psicológicos ni físicos, es decir, los factores sociales y culturales. También defiende la idea de que la relación entre estos factores no es aditiva, sino que existe una interacción entre ellos.

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

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

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

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

«La medicina ha aprendido que ni los síntomas —los estornudos y las toses— ni tampoco las infecciones intrusas —los virus y las bacterias— son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología la clave

del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo —aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial—, es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad» (p. 191).

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

Asimismo, en las causas socioculturales, cuando nos referimos al ambiente se hace desde una perspectiva amplia, en la que además de los factores básicos se incluyen todas las influencias físicas y químicas que pueden alterar nuestro sistema nervioso, como las radiaciones, los tóxicos, los agentes infecciosos, los traumatismos, la dieta, etc. Estos factores físicos, que son ambientales, ya actúan durante el embarazo y siguen influyendo a lo largo del desarrollo del individuo.

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

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

a) Factores predisponentes: hacen referencia a cuestiones que establecen la base para que pueda aparecer el cuadro. Algunos de estos factores podrían ser aspectos genéticos, cuestiones relacionadas con el embarazo y el parto, relaciones con los padres en la infancia, apego y afectividad y tipo de personalidad.

b) Factores precipitantes: se refieren a sucesos claramente delimitados que ocurren poco antes de la aparición de las manifestaciones patológicas. Todos los acontecimientos definidos como estresores vitales podrían precipitar un trastorno psicológico. Los más frecuentes son separaciones amorosas, pérdidas afectivas por la muerte de un ser querido, cambios vitales, cambios hormonales, etc.

c) Factores de mantenimiento: hacen referencia a las condiciones personales y de contexto que están influyendo en el presente para que el trastorno se mantenga. Estas pueden ser de orden personal, familiar o desarreglos en algún factor biológico.

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

5. ANÁLISIS DE LOS FENÓMENOS PSICOPATOLÓGICOS CLÍNICOS

En este apartado se trataría de considerar una parte de la psicopatología aplicada o clínica. Durante una exploración clínica, ante un paciente concreto conviene tener un esquema que ayude a poner de manifiesto las diversas dimensiones de cada uno de los fenómenos psicopatológicos. La finalidad del clínico no será poner un rótulo o una etiqueta diagnóstica a la persona que le ha pedido ayuda. La formación del profesional de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) no debe limitarse, por tanto, a conocer las distintas anomalías mentales y del comportamiento, y a saber qué cuadro conforman cuando aparecen conjuntamente. El análisis detallado y preciso de una serie de aspectos de la alteración que presenta y de los aspectos sanos que mantiene será lo que facilite una intervención terapéutica más eficaz: así se podrán conseguir datos de valor que facilitarán un mejor juicio diagnóstico, explicativo, de pronóstico y que orientará en el tratamiento. Las propiedades del fenómeno psicopatológico que se deben tener en cuenta, según Gradillas (1998), podrían ser las indicadas a continuación.

5.1. La conciencia de anomalía

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

En la misma línea, la capacidad del sujeto para valorar la intensidad o el grado en el que el proceso alterado le influye es importante. En ocasiones, puede ser consciente de que algo le está sucediendo, pero sin embargo atribuirlo a otras causas. Este sería el caso

frecuente de los ataques de pánico, en los que la primera reacción suele ser atribuir los síntomas a factores somáticos, o el caso de la hipocondría, en el que es difícil la intervención del psicólogo hasta que el paciente no acepta que sus síntomas no corresponden a las distintas enfermedades físicas.

5.2. Función y contenido

Ante una persona con dificultades mentales conviene distinguir la función psíquica afectada (cognitiva, perceptiva, motora...) del contenido temático de la alteración propiamente dicha. El ejemplo más claro es en los casos en los que hay que diferenciar una alucinación de una idea delirante. Esto es, una persona puede expresar que oye voces que hablan sobre él y le critican, y otra estar convencida de que en la televisión se refieren a él continuamente. En el primer caso se trataría de una alucinación auditiva y en el segundo de una idea delirante de referencia; sin embargo, ambas funciones afectadas pueden hacer que las reacciones del paciente sean similares, ya que el contenido de la disfunción es muy similar. En otras ocasiones la función alterada es la misma y, sin embargo, el contenido es distinto. Este sería el caso de dos personas, una creyendo que los demás hablan mal de ella y otra creyendo que es una persona muy importante con una misión especial en el mundo para salvar al resto de los mortales. Las sensaciones y emociones de cada uno de ellos serán distintas por la variación de contenido, aun cuando el área afectada sea la misma (creencias erróneas).

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

5.3. Egosintonía

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

5.4. La evolución de la alteración

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

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

5.5. Intensidad y cualidad

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

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

5.6. Dimensión cultural

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

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

Sin embargo, no se trata de considerar este aspecto sólo en los cambios de residencia o culturales, ya que por ejemplo hoy en día son frecuentes las intervenciones psicológicas de los llamados «transeúntes» o «sin techo». En estos casos el terapeuta deberá considerar el estilo de vida al que está expuesta la persona, ya que la finalidad no

será probablemente adaptarla a la cultura del terapeuta o a los valores sociales más normalizados, debiendo respetar y considerar el fenómeno sociológico y cultural de la persona para poder realmente ayudarla.

5.7. Rasgos de personalidad patológicos

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

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

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

3

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

MIGUEL ÁNGEL RANDO JOSEFINA CANO

1. INTRODUCCIÓN

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

En nuestro país, la prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad en 2002 se estimaba que era de 6.20 %, aunque en 2007 había subido a 9,9 % (según datos de la OMS). Esta cifra es alta teniendo en cuenta que la prevalencia-vida para los trastornos mentales en general es de 16,6 %. En países como Estados Unidos encontramos datos de prevalencia-vida de hasta el 36 %.

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

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

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

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

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

¿Qué entendemos por ansiedad? Podríamos decir que se trata de la anticipación de un peligro (físico y/o emocional) que amenaza al sujeto y que le pone en estado de alerta (dimensión cognitivo-emocional) y de tensión (dimensión fisiológica). Por tanto, esta reacción debemos entenderla como normal y adaptativa. No podemos vivir sin ansiedad.

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

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

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

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

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

— Trastornos de ansiedad fóbica, donde quedan recogidas las fobias específicas, la fobia social y la agorafobia.

— Otros trastornos de ansiedad, donde encontramos el trastorno de pánico (equivalente al trastorno de angustia, la ansiedad generalizada y el trastorno mixto ansiedad-depresión, para el cual deberían establecerse los dos diagnósticos por separado).

— Trastorno obsesivo-compulsivo. Este trastorno recibe una subcategoría propia.

— Trastornos por estrés grave y trastornos de adaptación. Aquí encontramos el estrés agudo y el estrés postraumático, además de los trastornos de adaptación.

— Trastornos disociativos.

— Trastornos somatomorfos.

— Otros trastornos neuróticos.

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

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

Con respecto al DSM-IV y a la CIÉ-10, podemos observar cómo el DSM-5 ha creado una nueva categoría diagnóstica con el trastorno obsesivo como eje central, y cómo ha

sacado de la familia de trastornos de ansiedad al trastorno postraumático y al trastorno de estrés agudo, creando con ellos otra nueva categoría.

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

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

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

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

2.1. Trastorno de pánico o trastorno de angustia

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

2.2. Agorafobia

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

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

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

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

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

Otro episodio le ocurrió en otra ciudad, a la que acudió a acompañar a su hermana para una entrevista de trabajo. Había mucha gente y de pronto empezó a tener un sudor frío por todo el cuerpo. Como ya le había ocurrido con anterioridad, se volvieron a casa de inmediato. Se tomó un comprimido de Lexatín y empezó a encontrarse mejor. Acudió de nuevo al médico, el cual le prescribió Trankimazin de 0.5 durante dos meses. Se tomó una caja entera, pero según ella no mejoró. Además le producía mucho sueño y no le gustaba esta sensación. Ella misma decidió partir la pastilla y tomar sólo un cuarto.

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

El último episodio le ocurrió estando montada en un barco. No era la primera vez que lo hacía, porque salía a menudo con la familia, hecho que a ella y a sus hijos les encantaba. De nuevo empezó a agobiarse en el barco, se quería ir y volver a casa. Lo hizo sola en su coche. Acudió de nuevo al médico y le dijo que tenía que tomar la medicación de la forma prescrita. Esa misma noche se tomó una infusión relajante, pero se despertó muy temprano y su cabeza no paraba de darle vueltas, con pensamientos negativos del tipo: «a alguien de mi familia le va a ocurrir algo». Recuerda que la primera vez que tuvo el episodio (volviendo de la playa) se encontraba muy estresada. Estaba trabajando y tenía a su cargo el cuidado de sus hijos. En casa de la madre estaban realizando reformas y tenía que estar pendiente de la evolución de las tareas. Además, a su madre la llamaron en la misma fecha para ser operada.

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

Le preocupa el problema porque le da miedo salir de viaje en coche y alojarse fuera de casa. También a veces ha tenido mareos, calor y sensación de asfixia en casa

desayunando. Cuando le ocurre esto decide salir con el coche, conducir cerca de casa y normalmente se le pasa el malestar. Hace dos años que no trabaja, y cuando el hermano le ha pedido ayuda para sustituir puntualmente a algún trabajador le ha tenido que decir que no puede, ya que sólo de pensarlo no duerme el día antes. Además, es incapaz de ver programas de urgencias ni de temática sanitaria.

2.3. Fobia específica

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

Generalmente estas fobias se inician porque el sujeto ha reaccionado con miedo ante la situación fóbica, bien porque no sabía cómo afrontarla o bien porque ya la temía debido al testimonio de personas relevantes. Es muy habitual en hijos e hijas de padres que presentan una fobia, que éstos la acaben manifestando, puesto que no adquieren estrategias de afrontamiento de sus progenitores y además observan la reacción de miedo de los mismos. Una fobia por la que acuden muchos pacientes a consulta es la que engloba espacios cenados, ascensores, habitaciones de dimensiones reducidas, etc. Presentamos el caso de un hombre que trabaja en una empresa de mantenimiento (aire acondicionado, arreglo de fachadas, etc.). No acudiría a consulta si no fuera porque, debido a su problema, se ve obligado a subir varias plantas de edificios altos transportando material. Desde que tenía cuatro años manifiesta tener miedo a los lugares cenados, sobre todo ascensores u otros lugares similares. Ha tenido distintas experiencias desagradables que le han influido: se ha quedado encerrado en ascensores en dos ocasiones (una de ellas casualmente, otra con amigos jugando y tocando los botones), en aseos también (en uno los amigos le encellaron y le apagaron la luz. y en el otro fue casual). Se pone muy nervioso si tiene que utilizar aseos públicos si son de dimensiones muy reducidas, siendo peor aún si no tienen ventana. Otra experiencia negativa le ocurrió en un tren. En esta ocasión se quedó solo en un vagón, se cenaron las puertas y se preguntaba: «¿y yo cómo salgo de aquí ahora?».

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

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

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

2.4. Fobia social

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

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

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

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

Debido a la ansiedad ante los exámenes y su retraso en superar asignaturas en la licenciatura ha tenido que empezar en el grado. Cuando acude a clase no tiene problemas de concentración, pero no asiste de forma regular. Reconoce que no tiene hábitos de estudio y que no se planifica, pero lo que más le preocupa es la dificultad para hablar en público en la clase. Se pone muy nerviosa, la cara se le pone muy «roja», se queda en blanco y no lo puede controlar. Nunca pregunta en clase si tiene alguna duda e intenta evitar hablar con profesores en tutorías, independientemente del sexo. Recuerda que una vez tuvo una experiencia negativa en clase preguntando. El profesor se enfadó bastante y desde entonces nunca ha vuelto a preguntar.

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

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

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

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

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

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

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

2.5. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

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

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

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

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

2.6. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

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

2.7. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

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

3. ETIOLOGÍA

En el apartado anterior habíamos definido la ansiedad como la anticipación de un peligro que ponía a la persona en situación de defensa. También decíamos que cuando el

sujeto no disponía de recursos suficientes o los que había usado habían resultado infructuosos ponía en marcha estrategias de huida y no de atontamiento. Este es el

origen de los trastornos de ansiedad. ¿Por qué la persona en cuestión no tiene recursos de afrontamiento? Porque no los ha adquirido en su proceso educativo o porque nunca se enfrentó a esa situación o a otras parecidas. Por ejemplo, los estilos educativos sobreprotectores pueden favorecer la aparición de ciertos miedos, debido al no aprendizaje de recursos de afrontamiento.

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

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

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

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

4

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y AFINES

MIGUEL ÁNGEL RANDO

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y AFINES

2.1. *Trastorno obsesivo-compulsivo*

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando su familia y los amigos están presentes disminuyen los rituales, pues los disimula más. Lo mismo le sucede cuando está en la caja del supermercado, y aunque cuenta un número de veces el dinero, no es alta la frecuencia debido a la presión externa. Leer le gusta mucho, pero según la palabra que lea tiene que ponerse a contar, porque a veces le vienen pensamientos relacionados con hacer daño a alguien.

2.2. Trastorno dismórfico corporal

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

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

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

2.3. Trastorno por acumulación

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

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

Las personas que lo padecen se justifican debido a la percepción de utilidad o valor estético o un apego importante a nivel sentimental (periódicos, revistas, ropa antigua, libros, bolsas, caitas, etc.). Muchas personas acumulan objetos de valor, mezclados con otros muchos de escaso valor, invadiendo áreas de la vivienda o haciendo, a veces, intransitable el lugar, lo cual suele acarrear problemas importantes de convivencia.

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

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

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

2.4. Tricotilomanía

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

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

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

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

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

2.5. Trastorno de excoriación de la piel

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

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

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

Al igual que ocurría en la tricotilomanía, existe una tensión que resulta aliviada al llevar a cabo la conducta, apareciendo posteriormente las sensaciones de culpabilidad y falta de dominio sobre sí mismo. Con el transcurso del tiempo también llega a convertirse

en un acto puramente automático que en ocasiones no requiere la atención del sujeto, igual que vimos que ocurría en la tricotilomanía.

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

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

2.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y afines inducidos por sustancias

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

3. ETIOLOGÍA

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

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

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

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

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

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

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

5

TRASTORNO DEPRESIVOS

VANESSA GONZÁLEZ HERERO

NATALIA RAMOS

MARTA FERRAGUT

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

2. DIAGNÓSTICO

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

2.1. Trastorno depresivo mayor

En la tabla 5.1 se recogen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor según el DSM-5. La principal característica del trastorno depresivo mayor es la presencia en la persona, durante un período de al menos dos semanas consecutivas (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más), de un estado de ánimo triste o deprimido o una pérdida acusada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades con las que antes solía disfrutar. Además de que la persona experimente necesariamente el primer o el segundo síntoma (o ambos), para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor ha de presentar, al menos, cuatro síntomas más (véase tabla 5.1).

TABLA 5.1

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

- | |
|--|
| <p>A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante un período de al menos dos semanas y siempre que representen un cambio respecto del desempeño previo: por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: no incluir síntomas que son claramente atribuibles a mía enfermedad médica.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día. casi todos los días.3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. |
|--|

7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

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

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

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

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

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

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

2.2. Trastorno depresivo persistente (distimia)

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

Además del estado de ánimo deprimido, para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo persistente es necesario que la persona presente otros dos (o más) de estos síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baj a

autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y desesperanza. Asimismo, se requiere que la persona no haya estado libre de síntomas durante más de dos meses seguidos (véase tabla 5.2).

TABLA 5.2

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

A) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. <i>Nota:</i> En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año. B) Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Falta de energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza C) Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos. D) Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes de forma continua durante dos años. E) No ha existido nunca un episodio maníaco o episodio hipomaníaco. y no se cumplen los criterios para un trastorno ciclotímico. F) La alteración no se explica mejor por un desorden persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otros del espectro de la esquizofrenia, o un trastorno psicótico. G) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo). H) Los síntomas causan un malestar' clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
--

2.3. Trastorno disfórico premenstrual

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

2.4. Trastorno Depresivo inducido por sustancias o medicación

Este trastorno, inducido por sustancias o medicación, se caracteriza por síntomas depresivos (asociados con la ingesta-inyección o inhalación de una sustancia, como por ejemplo drogas, medicación psicotrópica u otra medicación) y una marcada disminución del

placer o interés en todas o casi todas las actividades. Además, los síntomas depresivos persisten más allá de la duración prevista de los efectos fisiológicos de la sustancia o la intoxicación.

2.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica

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

2.6. Otros trastornos depresivos especificados

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

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

2.7. Trastorno depresivo no especificado

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

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1. Sintomatología

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

Síntomas afectivos y emocionales

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

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

Síntomas cognitivos

Un síntoma muy común en los trastornos depresivos es que las personas suelen presentar problemas de atención, concretamente de concentración y memoria, que suelen interferir en su funcionamiento diario, apareciendo quejas frecuentes de pérdida de memoria y olvidos. Por otro lado, aumenta la atención autofocalizada y centrada en los estímulos negativos: la persona deprimida tiende a realizar una valoración muy negativa de sí misma, de los demás, del mundo y del futuro.

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

Síntomas conductuales

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

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

Síntomas motivacionales

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

Síntomas somáticos

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

Más frecuentes aún, y afectando aproximadamente a un 60 % de las personas deprimidas, son los problemas del sueño. Así, aproximadamente entre un 70-90 % de

estas personas tienen problemas de insomnio inicial, medio o terminal, presentando, sobre todo, despertares frecuentes a lo largo de la noche o un despertar precoz (se despiertan de madrugada y ya no pueden volver a conciliar el sueño) o sensación de sueño no reparador. En ocasiones, las personas deprimidas pueden experimentar una somnolencia excesiva o hipersomnia.

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

3.2. Evolución, curso y pronóstico

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

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

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

3.3. Epidemiología

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

desarrollando una adecuada autonomía personal ni social al construir su propia identidad.

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

3.4. Diagnóstico diferencial

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

TABLA 5.3
*Diagnóstico diferencial de los trastornos
depresivos*

Condiciones médicas que pueden causar síntomas depresivos (Vázquez, 1990)	Síndromes clínicos que pueden confundirse con el diagnóstico de depresión mayor (Vázquez y Sanz, 1995)
1. Efectos de sustancias: plomo. mercurio, antihipertensivos, betabloqueantes. hormonas (estrógenos, progesterona). alcohol, antiparkinsonianos. corticosteroide. antineoplásicos. antituberculínicos. 2. Condiciones neurológicas: epilepsia. Parkinson. demencias degenerativas, hidrocefalia nomiotensa.	. Trastornos de ansiedad (fobias. pánico, agorafobias, obsesiones). 2. Reacciones normales de duelo. 3. Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido. 4. Trastornos del sueño (insomnios. narcolepsia, apneas nocturnas, etc.). 5. Trastornos esquizofrénicos 6. Enfermedades autoinmunes: lupus sistémico. 7. Cánceres: páncreas, gastrointestinal, renal, hipófisis. 8. Otras: anemia, colitis ulcerosa.

4. TEORÍAS EXPLICATIVAS

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

4.1. Modelos biológicos

4.1.1. Teorías genéticas

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

4.1.2. Teorías bioquímicas

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

4.2. Modelos psicológicos

4.2.1. Perspectiva conductual

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

4.2.2. Teorías cognitivas

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

1. La tríada cognitiva negativa: referida a patrones de pensamientos voluntarios y automáticos de la persona, que incluyen una visión negativa del propio sujeto, una visión negativa del entorno o del mundo, el cual ya no le resulta interesante y le genera una profunda desmotivación, y una visión negativa y desesperanzada del futuro.

2. Esquemas cognitivos inadecuados: son patrones cognitivos que la persona ha ido adquiriendo desde la infancia, y que le llevan a interpretar la realidad de manera sesgada y negativa, a la vez que minimiza su capacidad para hacer frente a los sucesos estresantes cotidianos.

3. Errores cognitivos: se trata de errores en el procesamiento de la información que hacen que la persona con depresión tienda a percibir e interpretar la realidad de manera muy negativa. Algunos de estos errores son la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, el pensamiento dicotómico, la personalización o la maximización y minimización.

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

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué síntomas presenta Isabel a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y motor?
2. ¿Cuáles son las consecuencias a corto, a medio y largo plazo de las conductas evitativas de Isabel?
3. ¿Cuál sería el diagnóstico de Isabel según los criterios diagnósticos del DSM-5?

6

TRASTORNO BIPOLARES

NATALIA RAMOS

VANESSA GONZÁLEZ HERERO

MARTA FERRAGUT

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos bipolares han sido separados en el DSM-5 de los trastornos depresivos. Así, se han situado entre los trastornos vinculados a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos por un lado, y los trastornos depresivos por el otro lado, en reconocimiento de su lugar como un puente entre las dos categorías diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética.

El caso de Soledad, que se presenta a continuación, nos sirve para introducir los trastornos bipolares.

Soledad, de 29 años, acude a consulta porque dice encontrarse con poca esperanza respecto a su futuro. La paciente cuenta cómo su vida siempre se caracterizó por experimentar cambios en su estado de ánimo. Incluso en su adolescencia nos cuenta cómo algunas veces se sentía con una gran energía y vitalidad, con gran capacidad de hacer amigos y unas ganas inmensas de pasarlo bien, mientras que en otras ocasiones la vida no le resultaba tan optimista, se sentía rara e inadecuada y recordaba experimentar períodos de fuerte melancolía.

En el momento que acude a consulta se puede comprobar la alternancia de períodos breves de euforia con períodos breves de ánimo deprimido (que nunca llegaron a satisfacer los criterios de un episodio depresivo mayor).

Así, en ocasiones decía sentirse optimista respecto a su futuro, mostraba una actitud enérgica, decidida y parecía querer ver soluciones a sus problemas económicos en negocios arriesgados, a pesar de que sus familiares y amigos le alertaban de las posibles consecuencias negativas. En estos períodos necesitaba dormir menos horas, su capacidad de generar ideas era sorprendente y mantenía relaciones sexuales con cierta ligereza y sin preocuparse excesivamente por su seguridad.

Por el contrario en otras ocasiones su ánimo era triste, se mostraba pesimista y desesperanzada respecto al futuro y sus sentimientos de culpa respecto a las fases de euforia se hacían evidentes. En estos períodos se sentía carente de valor y decía preferir aislarse del mundo.

Estas serían algunas de las características clínicas que podríamos apreciar en una persona diagnosticada de ciclotimia (la variante menos grave del «trastorno bipolar»): el individuo informa de un fuerte malestar asociado a estos cambios de humor, junto con la sensación de no tener control sobre los propios estados emocionales y ver cómo los mismos controlan el comportamiento y, a menudo, resultan en consecuencias negativas para la persona o sus allegados.

Las emociones, cuando no son patológicas, nos sirven de guía para tomar decisiones en nuestra vida y adaptarnos a los sucesos vitales de forma flexible. Sin embargo, cuando estas emociones son extremas, lo que sucede en el trastorno bipolar, las respuestas son desproporcionadas, las decisiones son muy dependientes del estado emocional del momento y, con frecuencia, de las mismas se derivan consecuencias muy negativas para el individuo.

El trastorno de carácter bipolar se caracteriza por la aparición de síntomas o episodios de manía o hipomanía junto a otros depresivos. Cuando el paciente ha tenido un episodio de manía, se espera que el episodio depresivo se ponga de manifiesto a lo largo de su vida, por lo que se apreciará su naturaleza bipolar. En la depresión unipolar, sin embargo, no se han desarrollado episodios de tipo maníaco.

Sintomatológicamente, no hay diferencias entre el estado depresivo de un paciente bipolar y el de un unipolar.

Las consecuencias de experimentar estados de ánimo extremos tienden a incluir graves problemas interpersonales, de salud, laborales y una sensación de desesperanza. El sufrimiento asociado a este trastorno hace que las tasas de riesgo de suicidio sean de las más elevadas.

Respecto a su etiología, actualmente se apunta hacia una mayor heredabilidad de los trastornos bipolares. Desequilibrios bioquímicos y alteraciones en los mecanismos neurológicos del estado de ánimo, relacionado con el sistema límbico, se sugieren como responsables de los síntomas afectivos. Pero hasta la fecha los datos no son concluyentes, y las teorías explicativas recientes defienden atender tanto a factores biológicos como psicosociales.

2. DIAGNÓSTICO

Lo que caracteriza al trastorno bipolar es la presencia de episodio maníaco o hipomaníaco.

El episodio hipomaníaco equivale a una «manía suave». De hecho, podría ser el primer paso hacia el desarrollo de un episodio maníaco completo. En este episodio se produce un cambio en el funcionamiento habitual de la persona, que es percibido por otros, y se aprecian síntomas que pueden traer consecuencias negativas importantes. Pero no es tan grave como para interferir en el funcionamiento cotidiano o presentar sintomatología psicótica (véase la tabla 6.1).

TABLA 6.1

Características básicas del episodio hipomaníaco según el DSM-5 (APA, 2013)
A) Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
B) Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido, en un grado significativo:
1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o verborreico. 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. 5. Distraibilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes). 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente. en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora. 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). C) El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático. D) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás. E) El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, iii hay síntomas psicóticos. F) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento). <i>Nota: Un episodio completo de hipomanía que emerge durante un tratamiento antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapia electroconvulsiva) pero que persiste totalmente más allá del efecto fisiológico del tratamiento es evidencia suficiente para el diagnóstico de episodio hipomaniaco. Sin embargo, se aconseja precaución cuando están presentes uno o dos síntomas (irritabilidad aumentada, nervios o agitación después del empleo de antidepresivo), pues podrían no ser suficiente para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco. ni necesariamente indicativo de un trastorno bipolar.</i>
--

Durante el episodio maníaco los síntomas presentados interfieren gravemente el funcionamiento cotidiano y puede requerir hospitalización para impedir daños propios o ajenos (véase la tabla 6.2).

TABLA 6.2

Características básicas del episodio maníaco según el DSM-5 (APA, 2013) A) Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización). B) Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: 1. Autoestima exagerada o grandiosidad. 2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras sólo tres horas de sueño). 3. Más hablador de lo habitual o verborreico. 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. 5. Distraibilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes). 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente. en el trabajo o los

estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ej. emp. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C) La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Nota: Un episodio completo de manía que emerge durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapia electroconvulsiva). pero que persiste totalmente más allá del efecto fisiológico del tratamiento, es evidencia suficiente para el diagnóstico de episodio maniaco y, por tanto, trastorno bipolar I.

Dependiendo de la combinación de estos episodios se forman distintos tipos de trastornos bipolares: trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, ciclotimia, trastorno bipolar debido a condición médica y trastorno bipolar no especificado. Este último incluye aquellas categorías que, por no presentar la duración mínima u otros requisitos, no cumplen criterios para otro tipo de trastorno bipolar.

2.1. Trastorno bipolar I

Los bipolares I son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maniaco. Aunque al realizar un diagnóstico «transversal» de estos pacientes podríamos encontrarnos con un episodio maniaco, depresivo o hipomaniaco, si en estos pacientes sólo ha habido un único episodio maniaco se asume que le seguirán otros de tipo depresivo.

2.2. Trastorno bipolar II

Los bipolares II son personas que, habiendo padecido episodios depresivos e hipomaniacos, no han padecido un episodio completo de manía. En ocasiones resulta difícil diferenciar los episodios hipomaniacos de la elevación del humor que sigue a la remisión del episodio depresivo, por lo que el diagnóstico se hace menos fiable.

2.3. Ciclotimia

La ciclotimia es un trastorno del humor caracterizado por presentar un patrón similar a los trastornos bipolares, pero con sintomatología menos grave y más continuada a lo largo del tiempo (véase tabla 6.3). El paciente con ciclotimia presenta períodos breves (2 a 6 días) de síntomas depresivos que se alternan con euforia (múltiples síntomas de hipomanía). Suele existir un equilibrio entre ambos tipos de síntomas, aunque en algunos casos predominan los períodos depresivos. Actualmente se considera una forma menos grave del «trastorno bipolar».

TABLA 6.3

Características básicas del episodio ciclotímico según el DSM-5 (APA, 2013)

A) Presencia, durante al menos dos años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para mi episodio depresivo mayor. Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos un año. B) Durante el período de más de dos años (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha estado libre de síntomas durante un tiempo superior a los dos meses. C) No se reúnen los criterios para episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio hipomaniaco. D) Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a mía esquizofrenia, un trastorno esquizo uneiforme. mi trastorno delirante o mi trastorno psicótico no especificado. E) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, mía droga o mi medicamento) o a mía enfermedad médica (por ej emplo. hipertiroidismo). F) Los síntomas provocan malestar* clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.4. Trastorno bipolar debido a condición médica

El paciente recibe este diagnóstico cuando presenta un cuadro caracterizado por un período persistente y prominente de un humor anormalmente elevado, expansivo o irritable y una actividad anormalmente incrementada o enérgica que es causada por una condición médica (por ejemplo, un medicamento), pero que persiste totalmente más allá del efecto fisiológico del tratamiento.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1. Sintomatología

Síntomas anímicos

Hay que advertir que el estado de felicidad no es la pauta general en los trastornos bipolares. La característica fundamental en estos pacientes es un estado de hiperactividad, irascibilidad e intromisión en la vida de otros, lo que tiene importantes consecuencias negativas en las relaciones interpersonales. Aunque pueden existir casos en los que un estado de alegría desbordante inunde al paciente, lo normal es que esto no suceda. Incluso es posible la presencia de ciertos momentos de abatimiento, mezclados con el episodio de manía.

La manía es un estado psicopatológico egosintónico en el que la persona se encuentra bien, y por ello le resulta especialmente difícil entender la razón de que sus allegados traten de limitar dicho estado.

Síntomas motivacionales y conductuales

La persona en fase maníaca experimenta una inagotable fuente de energía, por lo que apenas necesita dormir.

En fase maníaca la conducta puede estar especialmente alterada, con actividad sexual excesiva y posibilidad de cometer imprudencias temerarias, como regalar todos sus ahorros y los de su familia a desconocidos (prodigalidad). El control de impulsos, por tanto, es pobre y el paciente puede presentar una apariencia descuidada.

Síntomas cognitivos

El paciente maníaco suele hablar sin parar (logorrea) y el habla puede llegar a ser incoherente, sus pensamientos se suceden a gran velocidad y van más deprisa de lo que es capaz de expresar (fuga de ideas). Además, existe una clara dificultad para mantener el foco atencional, pues éste fluctúa en cuestión de segundos. La autoestima podría estar tan hipertrofiada que se llegue a manifestar ideas delirantes (e.g., delirios de grandeza). El paciente podría tener una gran dificultad para anticipar las consecuencias de los propios actos, lo que podría ser un objetivo del tratamiento.

Síntomas físicos

Entre los problemas más característicos encontramos dificultades para conciliar el sueño, aumento del apetito y una aparente infatigabilidad.

Síntomas interpersonales

Las relaciones interpersonales suelen ser muy complicadas en fase de manía, puesto que en estas condiciones los pacientes suelen ser entrometidos, polemistas y controladores. Además, resulta especialmente complicado llevarles la contraria o que se les trate de hacer ver las cosas de forma más realista. Al ser personas muy enérgicas, especialmente en el caso de la hipomanía, es frecuente que sean muy seductoras y arrastren personas detrás de ellas. El contacto del clínico con estas personas puede producir una sensación de agrado y simpatía, que responde precisamente a la locuacidad y vitalidad que estos pacientes pueden manifestar.

3.2. Evolución, curso y pronóstico

Con respecto al trastorno depresivo, el trastorno bipolar suele tener un comienzo temprano, asociándose un inicio en la adolescencia con una mayor gravedad y comorbilidad con otros trastornos, resistencia a los estabilizadores del ánimo y peor pronóstico.

En cuanto al trastorno ciclotímico, su inicio se sitúa en la adolescencia o al principio de la edad adulta, su curso es crónico y uno de cada tres pacientes desarrolla en algún momento un trastorno bipolar.

Los trastornos bipolares tienen un curso muy recurrente. Las recaídas afectan prácticamente a todos los pacientes, siendo la tasa de recaída cercana al 90 por 100 tras cinco años de evolución. En las personas mayores los periodos asintomáticos son cada vez más coitos.

La respuesta al tratamiento es más rápida cuando se trata de un episodio maníaco, mientras que si el episodio es depresivo la remisión es más lenta. El suicidio es una causa

frecuente de mortalidad entre los pacientes con trastorno bipolar, sobre todo entre aquellos que no han recibido tratamiento.

3.3. Epidemiología

La incidencia de los trastornos bipolares parece estar aumentando en los últimos años, lo que podría ser explicado por la anticipación genética (aparición de enfermedades hereditarias con mayor precocidad), el uso generalizado de antidepresivos (que pueden inducir hipomanía), las modificaciones realizadas en los criterios diagnósticos, así como una mejor identificación de estos trastornos.

Respecto a la incidencia del trastorno en hombres y mujeres, la frecuencia es similar en ambos sexos para el trastorno bipolar I y ligeramente mayor en mujeres para el trastorno bipolar II. La edad media de comienzo de los trastornos bipolares estaría alrededor de los 20 años, aunque la búsqueda de tratamiento se inicia más tarde.

3.4. Diagnóstico diferencial

Los síntomas maníacos pueden deberse a causas orgánicas específicas (véanse las tablas 6.4 y 6.5). de forma que, si el paciente ha estado expuesto a alguna de estas causas, debería alertar al clínico sobre una posible causa orgánica. Además, como puede apreciarse en la misma tabla, algunos síndromes clínicos pueden confundirse con un diagnóstico de trastorno bipolar.

TABLA 6.4
Condiciones médicas
que pueden causar síntomas afectivos maníacos
(Vázquez. 1990)

Efectos de sustancias

- L-Dopa.
- Benzodiacepinas.
- Antidepresivos.
- Alucinógenos (LSD. inescaliia. cocaína, psilocibiia).
- Anticonvulsivos.
- Anticolinérgicos (Altane. Akinetón).
- Aminas simpatomiméticas (dexedrina, metilfenidato).

Condiciones neurológicas

- Tumores (meningioma. glioma diencefálico).
- Infecciones (encefalitis postviral. gripe).
- Epilepsia.
- Parálisis general (Lúes).
- Esclerosis múltiple.
- Demencias.
- Confusión postraumática.

Condiciones metabólicas y endocrinas

- Estados postoperatorios.
- Hemodiálisis.
- Hipertiroidismo.
- Enfermedades de Cushing y de Addison.

Otras condiciones

- Síndrome de postaislamiento.

TABLA 6.5

Síndromes clínicos que pueden confundirse con un diagnóstico de trastorno bipolar (Vázquez y Sanz, 1995)

1. Depresión con rasgos psicóticos (delirios o alucinaciones).
2. Trastorno de personalidad (antisocial límite e histriónico).
3. Ingesta de sustancias (estimulantes, esteroides y alcohol).
4. Trastornos esquizofrénicos (en especial esquizoafectivos de tipo maníaco).

4. TEORÍAS EXPLICATIVAS

4.1. Modelos biológicos

Actualmente parece haber cierto acuerdo en que el trastorno bipolar tiene una causa principalmente genética, aunque existen pocos datos concluyentes como para identificar los genes implicados y su patrón de transmisión. Por otro lado, alteraciones en los sistemas de neurotransmisión de la noradrenalina, la serotonina, la dopamina y la acetilcolina, así como las hormonas de los ejes hipotálamo-hipofisario-adrenal y tiroideos se encontrarían relacionadas con los diferentes estados sintomáticos de estos pacientes.

4.2. Modelos psicológicos

Dada la gran importancia otorgada a la carga biológica para dar explicación al trastorno bipolar, no hay muchos modelos psicológicos que intenten explicarlo. El modelo psicodinámico concibe la manía como una reacción defensiva a experiencias o sentimientos negativos.

Según la teoría cognitiva de Beck, en el episodio maníaco se activan una serie de esquemas cognitivos o actitudes disfuncionales, que exageran los aspectos positivos del individuo y elevan su autoestima, quedando asociadas a conductas que son autodestructivas o violan los derechos de otros. Además, en estos pacientes hay un procesamiento distorsionado de la realidad en un sentido irracionalmente positivo. Este procesamiento da lugar a la generación de pensamientos automáticos y voluntarios de contenido excesivamente optimista o grandioso, que configuran el equivalente a la tríada negativa cognitiva de la depresión, que en la manía se denomina tríada cognitiva positiva. El paciente, durante el episodio maníaco, se percibe a sí mismo como absolutamente capaz y eficaz, percibe el mundo como un lugar sin obstáculos y se imagina un futuro muy prometedor. En su aplicación a los trastornos bipolares, esta teoría tiene el problema de no explicar cómo se relacionan las dos teorías, la de la depresión y la de la manía, no pudiendo explicar por ejemplo por qué se produce un episodio maníaco y no uno depresivo, o por qué se produce la alternancia entre dichos episodios.

Finalmente, se ha propuesto un modelo integrador, el modelo de la actividad propagada, que integra teorías biológicas y psicosociales. Según este modelo, los trastornos bipolares se harían cada vez más independientes de los estresores psicosociales. Así, los primeros episodios maníacos y depresivos suelen estar precedidos por sucesos estresantes positivos o negativos, pero esta correlación se hace menos intensa cuanto más se repiten los episodios. De forma que tanto los eventos estresantes recurrentes como los propios episodios de la enfermedad inducirían cambios moleculares a largo plazo que liarían al individuo cada vez más vulnerable a padecer este tipo de episodios.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué síntomas presenta Soledad a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y motor?
2. ¿Qué razones encuentras para que la paciente no haya sido diagnosticada como un trastorno bipolar II?

7

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

BERTA MORENO KÜSTNER

1. INTRODUCCIÓN

El término psicótico, en sentido restrictivo, se refiere a las ideas delirantes o las alucinaciones manifiestas, en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

Sin embargo, en una definición más amplia incluiría las alucinaciones que el sujeto reconoce como irreales. Independientemente de los sistemas clasificatorios y las etiquetas diagnósticas, las principales psicosis que se presentan en la clínica psiquiátrica y psicológica son la esquizofrenia, las psicosis afectivas y esquizoafectivas, las psicosis breves y los trastornos delirantes o paranoicos (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2011). Debido a que la esquizofrenia es el trastorno psicótico más clásico y común, en este capítulo se dedica un primer y extenso apartado a la esquizofrenia, y a continuación una sección más escueta para explicar otros trastornos psicóticos.

2. ESQUIZOFRENIA

2.1. Historia

El médico belga Morel (1869) describe una enfermedad que comienza en la adolescencia y lleva al paciente a aislarse socialmente. a raros amaneramientos, a negligencia de su persona y a veces al deterioro psíquico; a esta enfermedad la denominó «demencia precoz». Kraepelin (1893) describe esta entidad nosológica de una forma más completa, y centra la atención en el curso de los síntomas, que se agravan poco a poco hasta llegar al progresivo deterioro de la mente (sin embargo, él refirió que el 13 % de sus casos se recuperaban totalmente). A principios del siglo xx, Bleuler propuso el nombre de esquizofrenia, pues pensó que la esencia de este trastorno estaba en la partición de las funciones mentales, que impediría o debilitaría su interconexión, y dividió los síntomas en accesorios y fundamentales. Este concepto de la enfermedad era más amplio que el kraepeliano, lo que explica el mejor pronóstico de sus casos y su visión más optimista de la evolución de la enfermedad. Schneider (1975) intentó precisar más el diagnóstico y hacerlo más fiable al proponer los síntomas de primer orden, que serían característicos de la esquizofrenia y raramente estarían en otras enfermedades. La presencia clara de uno de estos síntomas, sin que se pueda encontrar una causa somática, nos llevaría al diagnóstico de esquizofrenia.

2.2. Definición

Actualmente, todavía es muy difícil establecer un consenso en la definición de la esquizofrenia (Godoy et al., 2011). Sus características son heterogéneas, y es complicado delimitar la frontera con otros trastornos psicopatológicos, y especialmente con otros tipos de trastornos psicóticos, ya que muchos de los síntomas son compartidos. Se considera que la esquizofrenia es un trastorno mental grave y complejo, que está caracterizado en la mayoría de los casos por la pérdida del contacto con la realidad, acompañada por la presencia de alteraciones cognitivas, emocionales, de la percepción del pensamiento y de la conducta (Sadock y Sadock. 2011). El deterioro cognitivo de la persona puede alcanzar un nivel tan elevado que interfiera en su capacidad para afrontar algunas de las demandas más cotidianas de la vida.

El inicio y el curso de este trastorno pueden ser variables. La edad de comienzo suele situarse al final de la adolescencia o principios de la etapa adulta, siendo poco probable que la enfermedad aparezca antes de los 16 años o después de los 50. La aparición de la enfermedad puede ocurrir de manera aguda o ser insidiosa, y su curso puede progresar de tal modo que comprenda desde un solo brote con remisión completa hasta, en los peores casos, desarrollarse de manera crónica con exacerbaciones repetidas que impliquen un deterioro progresivo del paciente. En la mayoría de los casos se presenta una fase premórbida en la que el paciente va desarrollando lentamente y de manera más atenuada los distintos signos y síntomas, hasta que aparece la primera fase activa, en la que se muestran síntomas tales como alucinaciones, ideas delirantes y desorganización del pensamiento. Las fases prodrómicas y residuales se caracterizan por la presencia de formas atenuadas de los síntomas de la fase activa, tales como creencias extrañas o extravagantes, pensamiento mágico, deterioro de la capacidad de cuidar de sí mismo y problemas en las relaciones interpersonales. Además, se registra un elevado índice de recaídas, que se situaría aproximadamente en el 50 por 100 de los pacientes en remisión (Moreno-Küstner, Jiménez. Godoy. Torres y López, 2002; Godoy et al., 2011).

2.3. Características clínicas de la esquizofrenia (diagnóstico, signos y síntomas)

Aunque se han hecho varias propuestas a la hora de agrupar el complejo grupo que supone la sintomatología esquizofrénica, en la actualidad se tiende a hablar de tres categorías o dimensiones: un factor positivo, un factor desorganizado y un factor negativo. Los síntomas positivos serían aquellos que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales; estos síntomas resultan más alarmantes, evidentes o espectaculares que los negativos, aunque muestran una mejor respuesta al tratamiento farmacológico y un mejor pronóstico. Los síntomas negativos serían aquellos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales; estos síntomas están relacionados con las funciones que se van deteriorando en el paciente, tienen una peor respuesta al tratamiento farmacológico y su mayor predominio en el cuadro clínico del paciente está relacionado con un peor pronóstico. Los síntomas que se incluyen bajo el epígrafe «desorganización» han concluido que representaría una dimensión diferente a la que se ha llamado también «factor de desorganización» o «factor del trastorno del pensamiento» (Lindenmayer y Khan, 2008).

A continuación enumeramos los síntomas agrupados según sean ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del pensamiento y del lenguaje, alteraciones de la afectividad o síntomas comportamentales.

a) *Ideas delirantes (delusiones)* o creencias fijas y erróneas que no pueden entenderse dentro del contexto del grupo cultural o religioso del individuo. Las convicciones son inamovibles ante las pruebas convincentes de su inverosimilitud, y la persona está totalmente convencida de su veracidad. Una idea delirante implica un deterioro de la capacidad para hacer inferencias lógicas, es decir, para llegar a conclusiones a partir de la observación del entorno de la persona o de sí misma. Este tipo de creencias puede afectar emocionalmente al paciente y, además, éste puede dedicar mucho tiempo a pensar en ellas.

Las ideas delirantes no se producen únicamente en la esquizofrenia, pero sí existen algunos tipos de ellas que ocurren con mayor frecuencia en este trastorno, como serían las de perjuicio, de persecución, de control, de referencia, de grandiosidad, místico-religiosas, de culpa o pecado, de celos, somáticas y extravagantes. Entre las de pensamiento podemos incluir delirios de transmisión del pensamiento, inserción del pensamiento, lectura o irradiación del pensamiento y robo del pensamiento.

b) *Alucinaciones o experiencias sensoriales*, que se producen en ausencia de cualquier estímulo real externo. En la esquizofrenia se pueden dar alucinaciones de cualquier modalidad sensorial; sin embargo, las más características y frecuentes son las auditivas, en las que la persona oye voces, ruidos o sonidos, siendo las más comunes las voces que hablan al paciente, que hablan entre sí o le llaman de diversas maneras. En las alucinaciones visuales la persona puede ver formas o colores que no existen realmente, aunque lo más frecuente es que vea figuras complejas, como por ejemplo personas. Las alucinaciones olfativas o gustativas se caracterizan generalmente por olores desagradables. Las alucinaciones corporales pueden consistir en cambios tanto de forma como de tamaño, aunque también pueden ser sensaciones de quemadura y hormigueo.

c) *Síntomas motores o comportamiento desorganizado*. Los síntomas motores están frecuentemente relacionados con la esquizofrenia. Sin embargo, es necesario señalar que pueden ser producto directo de la enfermedad, aunque también surgen como efecto secundario de la medicación. Existen muchos tipos de síntomas motores, entre los que destacan los estados estuporosos, la inhibición o agitación psicomotriz, y la catalepsia o inmovilidad, en la que el paciente puede permanecer en posturas inverosímiles que suelen ir acompañadas de flexibilidad cérea. En este grupo de síntomas se incluyen cambios en el vestido y la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada y, por último, la conducta repetitiva (Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez, 2008).

El comportamiento motor extraño puede implicar peculiaridades como hacer muecas, balancearse o realizar movimientos ritualistas, así como que la actividad motora sea independiente del contexto en el que se sitúa la persona y no tenga una finalidad concreta.

La conducta de las personas con esquizofrenia varía de forma muy amplia, pudiendo a veces parecer impredecible y estar poco relacionada con su medio. Esta conducta desorganizada también puede ser consecuencia de las alucinaciones.

d) *Alteraciones del pensamiento y del lenguaje.* La alogia consiste en una alteración del pensamiento que se manifestaría en ciertos trastornos del lenguaje, como la falta de fluidez o la producción insuficiente del lenguaje con diferentes manifestaciones, como por ejemplo la pobreza del lenguaje, la pobreza del contenido del lenguaje y el aumento de la latencia de respuesta.

El lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento incluye muchos tipos de trastornos del lenguaje, entre los que se pueden incluir el descarrilamiento o fuga de ideas, la tangencialidad, la circunstancialidad, la esquizoafasia o incoherencia, la ilogicidad, los neologismos, la presión del habla (taquilalia), el hablar distraíble (asíndesis) y las asociaciones fonéticas.

e) *Alteraciones de la afectividad.* La abulia-apatía o falta de comportamientos dirigidos a una meta se concreta en una falta de motivación y una carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, y se puede manifestar por una inactividad física casi completa. La persona suele tener poca iniciativa o interés por cualquier tipo de actividad e invierte menos en las actividades personales, implicándose más en actividades pasivas (por ejemplo, ver la televisión). La anhedonia se caracteriza por una disminución de la capacidad para experimentar placer por medio de las actividades que se realizan y una pérdida de interés por cosas que antes sí lo tenían. Se manifestaría por una ausencia de aficiones, una reducción del nivel de actividad y una disminución de las interacciones sociales. El aislamiento social se considera también un síntoma relacionado con la enfermedad, y estaría estrechamente asociado a la anhedonia.

El aplanamiento afectivo o embotamiento se caracteriza por una ausencia o disminución de la reacción emocional a los estímulos; es decir; el paciente presentaría un déficit en la capacidad para expresar emociones. Este síntoma se observaría en la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial del individuo y la reducción del lenguaje corporal, de tal manera que prescinde en gran medida de las herramientas propias de la comunicación no verbal como las posturas corporales, los gestos o las inflexiones vocales. Es decir, el discurso del paciente no contiene gestos ni va acompañado de movimientos con las manos, evitando el contacto visual directo o dejando la mirada fija, y no añadiendo tonalidad a las palabras.

f) *Afecto inapropiado.* Los pacientes que presentan este síntoma pueden tener manifestaciones afectivas incongruentes, en las que la emoción que se expresa no está relacionada con la situación en la que se encuentran; a veces pueden tener sensaciones de vacío, de angustia profunda, o falta de conexión con otras personas o falta de empatía. Una respuesta emocional inapropiada que puede presentarse en la esquizofrenia es el surgimiento de sentimientos de ha repentinos, impredecibles y aparentemente inexplicables.

2.4. Tipos de esquizofrenia

El predominio de ciertos síntomas en la esquizofrenia da lugar, para la CIÉ, a cuadros clínicos diferentes, provocando incluso que algunos autores duden que se trate de la misma categoría nosológica. No obstante, síntomas pertenecientes a diferentes tipos de esquizofrenia son frecuentes en el mismo paciente y, asimismo, se observan a veces cambios de una categoría a otra a lo largo de la evolución de la alteración. Así, en la práctica diaria, aunque a veces resulta difícil encasillar a las personas con esquizofrenia en un determinado subgrupo. dada la gran variedad de cuadros clínicos, resulta útil distinguir estas categorías, pues ayuda en cierta medida a prever la evolución y a aplicar el tratamiento adecuado.

a) **Paranoide.** En estos sujetos destacan las ideas delirantes de persecución o de grandeza y las alucinaciones que generalmente se relacionan con ellas. Síntomas como incoherencia, afecto aplanado y conducta catatónica o desorganizada quedan en un segundo plano. En ellos la aptitud intelectual y la afectividad apenas se alteran. Los pacientes suelen mostrarse tensos, suspicaces, cautelosos, reservados y, a veces, hostiles o agresivos. La edad de comienzo es más tardía que en los otros tipos, el cuadro clínico menos variable y el pronóstico suele ser más favorable, al conservar menos alterada la capacidad laboral y las relaciones interpersonales.

b) **Desorganizada (la antigua hebefrenia).** En esta variedad sobresale la desorganización del pensamiento — observado a través del lenguaje—. La conducta es desinhibida y caótica, y el afecto aparece aplanado o incongruente. El inicio es temprano-generalmente antes de los 25 años, y la evolución se muestra sin recuperaciones substanciales.

c) **Catatónica.** El rasgo principal es un trastorno marcado de la función motora, conocido como flexibilidad cética. En este tipo de esquizofrenia predominan los signos psicomotores — manierismos, estereotipias, negativismo —; los pacientes pueden adoptar posturas incómodas durante mucho tiempo. También pueden aparecer trastornos del habla, como ecolalia o mutismo.

d) **Residual.** Después de una sintomatología aguda, síntomas como delirios, alucinaciones o alteraciones graves de la conducta desaparecen o pierden actividad; sin embargo, están presentes signos continuos de alteración de dos o más síntomas residuales (por ejemplo, embotamiento emocional o retraimiento social).

Aunque consideramos de interés que el clínico conozca esta clasificación de cuatro tipos de esquizofrenia, es importante señalar que la reciente versión del DSM-5 vuelve a considerar la esquizofrenia como cuadro clínico único, sin diferenciar en subtipos. El clínico que siga el manual de la APA deberá valorar la sintomatología global del cuadro de la esquizofrenia para hacer el diagnóstico, y deberá también estimar si al cuadro le acompaña catatonía (considerada ésta un cuadro aparte que puede acompañar a cualquier trastorno psicótico).

2.5. Diagnóstico diferencial

Es importante distinguir la esquizofrenia de otro grupo de patologías mentales que pueden tener algún síntoma común, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos necesarios (Sadock y Sadock. 2010).

a) **Trastornos médicos y neurológicos.** Muchos trastornos neurológicos y médicos pueden dar lugar a síntomas idénticos a los de la esquizofrenia, como la intoxicación por sustancias (por ejemplo, cocaína, fenciclidina) y el trastorno psicótico inducido por sustancias; las infecciones del sistema nervioso central (SNC) (por ejemplo-encefalitis herpética); los trastornos vasculares (por ejemplo, lupus eritema toso generalizado); las crisis parciales complejas (por ejemplo-epilepsia del lóbulo central) y las enfermedades degenerativas (por ejemplo, enfermedad de Huntington). Estos trastornos se manifiestan por alteraciones de la memoria, orientación y cognición; alucinaciones visuales, y signos de lesión del SNC. b) **Trastornos del estado de ánimo.** Los episodios maníacos y también los episodios depresivos mayores pueden cursar con síntomas psicóticos. El diagnóstico diferencial reviste especial importancia, dada la disponibilidad de tratamientos específicos y eficaces de estos trastornos. Además, si existen alucinaciones y delirios en un trastorno del estado de ánimo, normalmente surgen dentro del contexto de ese trastorno y no persisten. Otros elementos que ayudan a separar los trastornos del estado de ánimo de la esquizofrenia son los antecedentes familiares y personales, la evolución (por ejemplo, edad de comienzo), el pronóstico (por ejemplo, ausencia de deterioro residual después del episodio psicótico) y la respuesta al tratamiento.

c) **Trastorno esquizoafectivo.** Los síntomas del estado de ánimo aparecen al mismo tiempo que los de la esquizofrenia, pero los delirios o alucinaciones deben estar presentes durante dos semanas, sin que haya ningún síntoma afectivo destacado en alguna fase de la enfermedad. El pronóstico de este trastorno es mejor que el de la esquizofrenia y peor que el de los trastornos del estado de ánimo.

d) **Trastornos delirantes.** Delirios sistematizados y no grotescos que duren, como mínimo, seis meses dentro del contexto de una personalidad intacta y con una función bastante bien conservada, sin alucinaciones llamativas ni otros síntomas esquizofrénicos. Comienza en las etapas intermedias o avanzadas de la vida adulta.

e) **Trastornos de la personalidad.** En general no hay síntomas psicóticos, pero cuando aparecen suelen ser pasajeros y no llamativos. Los trastornos más importantes de la personalidad que deben incluirse dentro del diagnóstico diferencial son los trastornos esquizotípico, esquizoide, límite y paranoide.

2.6. Epidemiología

Se estima que la incidencia anual del trastorno es del orden de 0,17 a 0,41 por cada mil habitantes, y que la prevalencia puntual está entre el 2,4 y 7,0 por mil habitantes, en los países desarrollados (Jablensky, 2000). A lo largo de la vida se acepta que la prevalencia tendría un valor promedio al 1 % de la población. Puede apreciarse, por la diferencia de algo más de 10 puntos entre los datos sobre incidencia y prevalencia, que la esquizofrenia es un trastorno crónico (McGrath, 2007).

El subtipo de esquizofrenia más frecuente es el paranoide. En cuanto a los factores demográficos, los datos indican que la franja de edad con más riesgo está entre 15 a 55 años, especialmente entre los 25 y 35 años. Uniendo los datos de los que disponemos, resultan más consistentes los relativos a la interacción sexo por edad: los hombres suelen tener los primeros diagnósticos varios años antes (edad de máxima aparición alrededor de los 25-27 años) que las mujeres (edad de máxima aparición alrededor de los 29-31 años) (Leung y Chue, 2000). Muchos estudios indican que los varones son los más afectados y

con peor evolución del trastorno, lo que podría ser explicado por diferencias en la toma de medicación (por ejemplo, los hombres recaen más que las mujeres con la medicación oral, pero igual con la depot) o por la diferente respuesta asociada al sexo a los tratamientos antipsicóticos (que podría ser mejor en las mujeres) (Usall, Haro, Araya, Moreno, Muñoz, Martínez, Salvador y PSICOST Group, 2007; Moreno-Küstner, Mayoral, Rivas, Angona, Requena, García-Herrera, Navas, Moreno, Serrano-Blanco y Bellón, 2011).

Tradicionalmente, en los países desarrollados se ha considerado que la esquizofrenia es más frecuente en los grupos socioeconómicos más bajos (Jones et al, 1993, Moreno-Küstner, Arroyo, Torres, Luna y Cervilla, 2007). Sin embargo, un estudio realizado en el Reino Unido matiza que nacer en una familia de clase social baja no aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia, aunque sí retrasa el acceso al tratamiento. Se han enunciado tres teorías principales para explicar los altos índices de esta enfermedad en los grupos más pobres: la teoría del rechazo social, la teoría del estrés social y la hipótesis de la alteración del desarrollo del sistema nervioso central en las clases sociales más desfavorecidas.

En cuanto a la distribución geográfica, hay muchos estudios que indican más presencia (hasta cuatro veces más de riesgo relativo) de esquizofrenia en zonas urbanas que rurales (Moreno-Küstner, Mayoral, Pérez, García, Algarra, Rivas, Pérez, Becerra y Gomemann, 2009). Recientemente, la investigación se ha encaminado a estudiar zonas dentro de las grandes ciudades, de forma que incluso en las zonas urbanas también existen diferencias en las cifras de prevalencia entre los barrios (Os, Hanssen, Bijl y Vollebergh, 2001; Os, Pederson y Mortensen, 2004; March, Hatch, Morgan, Kirkbride, Bresnahan, Fearon y Susser, 2008).

Con relación al estado civil, parece que el mayor riesgo de esquizofrenia está entre las personas solteras, separadas o divorciadas, lo que, independientemente de la falta de la posible protección del apoyo social, podría ser debido a la mayor dificultad, por culpa de las características del trastorno, para encontrar o mantener una pareja (Moreno-Küstner, Godoy, Torres y López, 2003; Moreno-Küstner et al. 2007).

En cuanto a la mortalidad precoz, los datos son claros, no sólo asociada a los tratamientos, sino, por ejemplo, al suicidio: el 10 % de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia se suicidan y un 30% lo intentan (Baca-García et al., 2007).

El dato epidemiológico que presenta mayor consistencia en todos los estudios es el efecto estacional. Los estudios apuntan a que existe una proporción anormal de nacimientos de personas diagnosticadas de esquizofrenia en los últimos meses del invierno o primeros de la primavera, lo que podría estar relacionado con hipótesis víricas o mayor riesgo en invierno para el feto de contraer infecciones o de sufrir complicaciones perinatales o neonatales (Martínez-Ortega, Carretero, Gutiérrez-Rojas, Díaz-Atienza, Jurado y Gurpegui, 2011).

2.7. Etiología

Aunque todavía no se conoce realmente la causa de la esquizofrenia, el modelo explicativo diátesis-estrés es el más aceptado en la actualidad. Su propuesta es que entre los factores que afectan a la esquizofrenia existe una vulnerabilidad biopsicológica, la existencia de estresores socioambientales y la presencia de ciertos factores protectores. Este modelo integra todos los posibles factores,

no como elementos aislados y sumados, sino como implicados en la génesis y desarrollo del trastorno.

El modelo postula que cada sujeto tiene un determinado grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia, que puede ser de origen genético o biológico, y que en determinadas circunstancias (estrés) se podría traducir en un trastorno esquizofrénico. Así, se combinan variables personales, de una parte, con factores ambientales estresantes, por otra. Es la combinación entre ambas la que

produce el trastorno. Probablemente no existe un único factor interno o externo que sea capaz de generar el problema, y éste surge de la interacción de factores predisponentes y factores desencadenantes (Sadock y Sadock, 2011).

Debido a la heterogeneidad de los síntomas y del pronóstico de la esquizofrenia, no se puede considerar como causal ningún factor aislado. Por tanto, los factores etiológicos pueden ser genéticos, biológicos y psicosociales o ambientales.

a) Factores genéticos. Desde que Kraepelin describió la esquizofrenia, se ha comprobado claramente una mayor frecuencia de este trastorno entre los familiares de la persona que la padece que en la población general. Se han propuesto teorías monogénicas y

poligénicas, siendo estas últimas las que parecen más acordes con la presentación de la esquizofrenia. Apoyando la teoría genética, en los estudios realizados con hijos adoptivos la prevalencia de la esquizofrenia es mayor entre los padres biológicos de hijos adoptados con esquizofrenia que entre los padres adoptivos. Los estudios realizados con gemelos monocigóticos criados separados muestran la misma tasa de concordancia que los criados juntos. Por último, las tasas de esquizofrenia no aumentan entre los hijos nacidos de padres no afectados sino criados por un padre con esquizofrenia. b) Factores biológicos. Desde el punto de vista de la neuroquímica, la hipótesis más aceptada en el momento actual,

aunque plantea algunas incógnitas, se centra en un neurotransmisor, la dopamina. En las personas con esquizofrenia existiría una

hiperactividad dopamínica localizada en la zona mesolímbica. Esta hiperactividad puede deberse a una excesiva producción de dopamina, a una deficiencia de sus antagonistas (ácido gamma-aminobutírico y acetilcolina), que permitirían su acumulación excesiva en la sinapsis, o a una hipersensibilidad de los receptores.

Otras hipótesis bioquímicas están relacionadas con la fenil-etil-amina (amina similar a las anfetaminas, cuyo exceso produciría una vulnerabilidad a la esquizofrenia), norepinefrina, ácido aminobutírico (GABA), serotonina, etc.

c) Elementos psicosociales y ambientales. Los pacientes cuyas familias expresan las emociones (EE) de forma intensa presentan tasas de recaída más altas que aquellos con una familia menos emotiva (Muela y Godoy, 2002). Esta expresión de la emotividad se ha definido como cualquier conducta que suponga una implicación excesiva o intrusión, ya sea de carácter hostil y crítico o controlador e infantil. Las tasas de recaída mejoran cuando el comportamiento familiar cambia hacia una menor expresión de la emotividad. La mayoría de los observadores creen que la disfunción familiar es una consecuencia y no la causa de la esquizofrenia.

La teoría infecciosa se basa en las pruebas a favor de un virus lento causal

que se manifiesta a través de las alteraciones neuropatológicas, las cuales delatan una infección previa: gliosis, cicatrización glial y anticuerpos antiviricos en el suero y en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de algunas personas con esquizofrenia. La mayor frecuencia de complicaciones perinatales y el carácter estacional de los datos de natalidad también respaldan una teoría infecciosa.

Recientemente, Kirkbride y Jones (2011) apuntan a que la ecoepidemiología ofrece un marco integral para estudiar la etiología de la esquizofrenia, ya que incluye múltiples niveles que interactúan, como son los factores genéticos, individuales, familiares, comunitarios y sociales a lo largo del curso de la vida.

3. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los síntomas que se incluyen en el diagnóstico de la esquizofrenia no son en absoluto exclusivos de ella. Aunque, ciertamente, existen algunos síntomas que serían característicos de la enfermedad, la mayoría de ellos pueden ser compartidos con otras patologías, principalmente en otros tipos de trastornos psicóticos. Las clasificaciones actuales entienden que el grupo de las psicosis es variado y, aunque no terminan de coincidir en cuántas y cuáles son, parece clara la propuesta de dos grandes grupos de psicosis, obviándose en esta clasificación las afectivas o maníacodepresivas, que serían concebidas como trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos (Godoy et al, 2011).

Un primer grupo estaría formado por las psicosis «orgánicas», y en este caso la sintomatología psicótica (ideas delirantes y/o alucinaciones) estaría fundamentalmente asociada directamente a una enfermedad médica (trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, por ejemplo neoplasia o enfermedad de Alzheimer), no siendo expresión de un trastorno psicopatológico. Aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o desencadenada por consumo de sustancias (trastorno psicótico inducido por sustancias), e incluye los síntomas psicóticos que son el efecto directo del consumo —o la abstinencia— de sustancias (por ejemplo, alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína o cannabis, hipnóticos o ansiolíticos) o resultado de la exposición a un tóxico o producto de un delirium (Godoy et al, 2011).

Un segundo grupo estaría formado por las psicosis «funcionales», e incluiría, además de la esquizofrenia, que es la más frecuente (ya expuesta de forma extensa en la primera parte del capítulo), el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve y el trastorno psicótico compartido (Sadock y Sadock, 2011). los cuales se explican de forma escueta a continuación.

3.1. Trastorno esquizofreniforme

Se caracteriza fundamentalmente por una sintomatología similar a la esquizofrenia pero con duración inferior a los seis meses y no necesariamente con existencia de deterioro funcional. El comienzo suele ser rápido, con alucinaciones y/o delirios. Aunque muchos pacientes con trastorno esquizofreniforme pueden presentar deterioro funcional cuando sufren un episodio, es improbable que en la anamnesis se encuentre un deterioro progresivo en las áreas social y laboral.

Respecto a la epidemiología, existen muy pocos datos sobre la incidencia, prevalencia y distribución por sexo de este trastorno. Parece observarse más frecuentemente en los adolescentes y jóvenes. Su incidencia es un 50 % menor que la esquizofrenia. En general, los pacientes con un trastorno esquizofreniforme presentan más síntomas afectivos y un pronóstico más favorable que los que padecen esquizofrenia. La causa de este trastorno sigue siendo desconocido.

3.2. Trastorno esquizoafectivo

Está caracterizado fundamentalmente por el solapamiento de un episodio afectivo (depresivo mayor, maníaco o mixto) y dos o más de los síntomas clínicos de la esquizofrenia, sin que se puedan diagnosticar uno u otro por separado. El período mínimo de aparición será de un mes, precedido o seguido de al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones, y en ausencia de síntomas afectivos acusados.

El trastorno esquizoafectivo afecta más a las mujeres que a los hombres y es especialmente prevalente entre las mujeres casadas. La edad de inicio es más tardía en las mujeres que en los hombres, al igual que ocurre en la esquizofrenia. Este trastorno tiene mejor pronóstico que la esquizofrenia, pero peor pronóstico que los trastornos del estado de ánimo.

3.3. Trastorno delirante

La única o principal manifestación es un delirio fijo, inquebrantable pero no extraño, que dura al menos un mes y sin deterioro grave de la actividad psicosocial ni comportamiento raro o excéntrico. La edad media de inicio es de 40 años. Existe una ligera preponderancia femenina. Los hombres suelen presentar delirios paranoides y las mujeres erotomaníacos. Muchos pacientes están casados y tienen un empleo remunerado. Se observa cierta asociación entre la inmigración, el nivel socioeconómico bajo y este trastorno.

3.4. Trastorno psicótico breve

Está caracterizado fundamentalmente por una alteración psicótica con duración mayor de un día y menor de un mes, y retomo completo al nivel de actividad anterior, sin o con desencadenante conocido. Los síntomas que predominan son la conducta extraña o grotesca, confusión, desorientación y labilidad afectiva, que varía desde la exaltación hasta la tendencia suicida.

Es más frecuente en personas con trastornos previos de la personalidad o que han experimentado situaciones de enorme estrés, como desastres o cambios culturales llamativos. Suele aparecer entre los 20 y los 35 años, y la incidencia es ligeramente mayor entre las mujeres. Ya que se considera que el estrés psicosocial desencadena el episodio psicótico, éste es más frecuente en personas con mecanismos insuficientes de afrontamiento.

3.5. Trastorno psicótico compartido

El sistema delirante es compartido por dos o más personas, por lo que se denominaba folie á deux (locura compartida). Se caracteriza por una o varias ideas delirantes que surge(n) en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya la(s) tiene(n). Es un trastorno poco frecuente que se da más entre las mujeres y personas con discapacidad física que dependen de otros. Los miembros de la familia están involucrados en el 95 % de los casos.

Aunque la causa es fundamentalmente psicológica, puede haber una influencia genética, pues el trastorno afecta, de ordinario, a miembros de la misma familia. Entre los factores psicosociales desencadenantes destacan una situación de aislamiento social en la que una persona se muestra sumisa y dependiente, y la otra, la dominante, posee un sistema psicótico establecido.

3.6. Trastorno psicótico no especificado

En general se acepta, como en los otros trastornos, un trastorno psicótico no especificado para clasificar los cuadros psicóticos que no cumplen los criterios específicos para los ya previamente definidos, o para la sintomatología psicótica, acerca de la cual se dispone de información insuficiente o contradictoria.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Por qué crees que la esquizofrenia se considera un trastorno mental grave? ¿Por la prevalencia del trastorno, o por el deterioro funcional que causa en la persona que la padece? Razona tu respuesta.
2. Si tenemos en cuenta la diversidad de los síntomas clínicos de la esquizofrenia, ¿crees que podríamos considerar esta enfermedad como un único trastorno psicopatológico o como varios?

8

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

MARGARITA ORTIZ-TALLO VIOLETA CARDENAL

Es importante recordar, antes de comenzar el capítulo dedicado a los trastornos de la personalidad, que, al igual que la diferencia entre la salud mental y el trastorno mental en ocasiones es difícil de establecer, ya que no siempre las personas están totalmente sanas, completamente maduras o indiscutiblemente trastornadas, en el caso de la personalidad y sus alteraciones la importancia de tener en cuenta este aspecto dimensional es esencial. Será difícil en la práctica clínica definir a la persona con un estilo de personalidad alterado o con rasgos clínicos de personalidad como señal inequívoca de un trastorno de personalidad concreto. En la mayoría de las ocasiones el paciente presentará rasgos dentro un continuo de normalidad-patología, y posiblemente también rasgos clínicos de varios trastornos diferentes mezclados entre sí.

En este capítulo trataremos de aportar información apoyándonos en autores de relevancia, sobre el concepto de los trastornos de personalidad y sus características. También se desarrollarán las características principales sobre los trastornos reconocidos por el DSM-5 y por la CIÉ-10. y por último se comentarán las posibles causas de los trastornos de personalidad.

1. CONCEPTO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

El criterio para delimitar el mayor o menor ajuste psicológico de una persona es una cuestión de grado que debe valorarse a lo largo de unas dimensiones en las que se van definiendo los distintos estilos y rasgos de personalidad.

En la actualidad, lo que cobra importancia es valorar los aspectos psicopatológicos desde un modelo dimensional, en el que el trastorno no sería categórico (existe o no existe), sino que habría que valorar algunos puntos esenciales dentro de un continuo de funcionamiento.+

Es frecuente encontrar en una misma persona rasgos característicos de distintos trastornos de personalidad, sobre todo de aquellos que tienen formas de afrontar la vida similares. Así, se podría decir que las personas presentan un cierto estilo de personalidad, con características más o menos intensas y que le crean más o menos dificultades en la vida, llegando en su extremo de intensidad a lo que llamamos trastorno de personalidad, y además pueden compartir rasgos alterados de personalidad de los diferentes trastornos.

Los equipos de Bender y de Morey, ambos autores que forman parte del grupo de elaboración del DSM-5, sugieren, en el año 2012, que habría que valorar aspectos relacionados con la dimensión de los niveles de funcionamiento del yo o sí mismo y de las relaciones interpersonales.

Para ellos, la primera pregunta que identificaría la posibilidad de la existencia de un trastorno de personalidad sería: ¿Hay deterioro en el funcionamiento de la personalidad?

Si fuera así, habría que profundizar en el nivel de disfunción en cada una de las dos dimensiones haciéndonos la siguiente pregunta: ¿Este deterioro es en la relación con sí mismo o en las relaciones con los demás!

Para entender mejor cada uno de estos dos conceptos, veamos en concreto a qué se refieren los autores cuando hablan del si mismo y de las relaciones con los demás, y cuáles son sus componentes principales:

El yo o sí mismo

Se compone de dos facetas:

La identidad: se refiere a la experiencia de uno mismo como ser único, con límites claros entre el yo y los demás, a la estabilidad de la autoestima y a la habilidad para la autoevaluación y la autorregulación emocional. Autodeterminación: hace referencia a la búsqueda de objetivos a corto plazo y a la capacidad para tener una vida coherente, con sentido y siendo capaz de llevar a cabo autorreflexión de forma productiva. Es también importante el saber utilizar normas internas de comportamiento constructivas y prosociales.

Las relaciones interpersonales

Se componen de dos facetas:

La empatía: se refiere a la comprensión y valoración de las experiencias y motivaciones de otros, la tolerancia con las diferentes perspectivas y la capacidad para comprender los efectos de la propia conducta sobre los demás.

La intimidad: se trata de la profundidad y la duración de las relaciones positivas con los demás, el deseo y el saber establecer relaciones de cercanía con los demás y la capacidad para reflejar a través de comportamientos la reciprocidad en las relaciones de intimidad.

Estos niveles de funcionamiento se distribuyen de forma continua, de menor a mayor grado. Es interesante en clínica llevar a cabo esta valoración con el objetivo de conocer el grado de afectación para un posible diagnóstico, planificar el tratamiento y poder establecer un pronóstico.

Estos mismos niveles de funcionamiento podremos apreciarlos también en el comportamiento del paciente con el profesional clínico. En la relación terapéutica, el paciente muestra su estilo habitual de comportamiento y su capacidad para cada uno de los ámbitos comentados. Un paciente con poca capacidad empática tendrá más dificultades para la relación terapéutica que otro con mayor nivel de funcionamiento. Los autores del DSM-5 proponen diferenciar cinco niveles de deterioro de funcionamiento tanto en el yo o sí mismo como en las relaciones interpersonales, que van desde la ausencia de deterioro, es decir, el funcionamiento saludable (nivel = 1) a un deterioro extremo (nivel = 5).

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En términos generales, se podrían plantear algunas características consideradas también importantes para entender los trastornos de la personalidad.

Suelen ser *precoces*: esta precocidad hace referencia a que sus manifestaciones han aparecido a lo largo de la adolescencia o incluso antes. Son aspectos de la personalidad que, en muchas ocasiones, han sido observados por los familiares desde la infancia de la persona. Es frecuente en psicología clínica, cuando se valora un caso en el que la persona tiene dificultades de adaptación en la vida, que al recoger datos de la historia clínica de su infancia o adolescencia ella misma cuente o tome conciencia de que esas complicaciones, de una u otra forma, ya aparecían en esa época de su vida. A veces, son los padres y hermanos los que relatan los problemas a los que se ha enfrentado el paciente ya en su vida escolar o familiar.

Son *estilos de comportamiento globales*: esto quiere decir que suelen afectar a distintos procesos psicológicos y manifestarse en distintos contextos, como el familiar, laboral o social. A menudo, hay personas que muestran una faceta de su personalidad más problemática en la familia y, sin embargo, socialmente o en su trabajo son amables y considerados con los demás. Estos cambios pueden ser hasta cierto punto lógicos, como consecuencia de la confianza que se tiene con los seres más allegados, que permite comportarse con peor genio o con malos modos, pero después adaptarse a otros ambientes para no crearse conflictos. Las personas con trastornos en su personalidad no tienen esa capacidad de adaptación en otros contextos y los problemas se manifiestan en los distintos ámbitos.

Son *personalidades con una gran inflexibilidad*: la capacidad de responder de forma flexible ante las adversidades o los acontecimientos que no son de nuestro agrado suele ser un signo de madurez. La persona con alteraciones en su personalidad es más rígida en sus convicciones, en sus planteamientos y en sus comportamientos. Tiene dificultades que no le permiten movimientos de adaptación a las diversas situaciones. Sus conductas provocan sufrimiento: hay dolor y angustia psicológica para la propia persona y, en otros casos, para los que le rodean. En algunas de las personalidades trastornadas el sufrimiento personal es la parte más importante del cuadro psicológico. En otras destaca el sufrimiento que causan a otros.

3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD IDENTIFICADOS EN EL DSM-5 Y EN LA CIE-10

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta y reciente edición (DSM-5) (2013), define diez tipos de trastornos de personalidad, tras una época de debates en la que se ha valorado la posibilidad de destacar y definir sólo la existencia de seis de ellos.

Finalmente, el equipo de expertos ha tomado la decisión de mantener en un apartado los diez tipos tradicionales de trastornos de personalidad, e incluir y desarrollar otro apartado denominado: Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de personalidad. En este modelo

alternativo, los trastornos de personalidad se caracterizan por deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológica. Los trastornos que derivan de este modelo serían los siguientes: antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y

esquizotípico. Cada uno de ellos se evalúa teniendo en cuenta los rasgos característicos o las facetas que lo componen, como hemos comentado en el punto uno de este capítulo.

Los diez tipos considerados en el DSM-5 son: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la APA (CIE-10) presenta los mismos trastornos.

Veamos cada uno de ellos a continuación.

Trastorno paranoide de personalidad

La persona con este trastorno tiene una forma de relacionarse con el mundo desconfiada y precavida. Muestra una suspicacia continua hacia los demás, interpretando los comportamientos de las personas que le rodean como maliciosos y cargados de doble intención. En sus relaciones tiene la sensación de que los demás quieren aprovecharse de su trabajo, de su vida social o de su entorno familiar. Esto supone considerar a los demás como personas enemigas.

El aislamiento al que se expone le lleva a tener más posibilidades de aislarse de la realidad y a distorsionar sus percepciones e interpretaciones. Manifiesta una actitud desafiante y provocativa hacia los que le rodean, que hace que la convivencia sea difícil.

No le gusta depender de los demás, ya que lo consideran como un riesgo de estar expuesto a la traición. Por consiguiente, uno de sus mayores temores es perder la autonomía y la independencia.

Al aislarse tanto de los otros está más expuesto a desfigurar la realidad. Así, distorsiona sus recuerdos, sus pensamientos y, en definitiva, la percepción de la vida. Se muestra rencoroso y recuerda cualquier desprecio que crea que le han hecho otros, pudiéndole esto llevar a mostrarse desafiante y provocativo. Se identifica con mayor frecuencia en varones.

Trastorno esquizoide de personalidad

La característica principal es la escasa o casi nula necesidad afectiva. Los que padecen este trastorno manifiestan y sienten poco placer y poco dolor por cosas que para otros habitualmente es placentero o doloroso.

En pocas ocasiones muestran rabia, tristeza o angustia. Esta falta de iniciativa y de respuesta emocional les hace parecer personas faltas de energía y actividad, apacibles, tranquilos y distantes.

Sus intereses y aficiones se realizan en solitario y no necesitan compartir su vida con los demás. No necesitan compromisos íntimos y no establecen vínculos emocionales profundos ni en el ámbito familiar.

Su vida interna está empobrecida y tienen dificultades para recapacitar acerca de su actitud y, por tanto, para afrontar experiencias de la vida o para el cambio y la evolución a partir de la reflexión personal.

Su comportamiento se centraría en actividades que le permiten no relacionarse, tales como ver la televisión o enfrascarse en el ordenador.

No suelen tener interés en tener compromisos íntimos, lo que puede observarse en la falta de interés por tener pareja o por las distantes relaciones familiares, relaciones en las que no establecen vínculos emocionales apropiados y profundos.

Tienden a describir sus experiencias de forma fría e impersonal, relatando los hechos objetivos y sin que se observe la mínima expresión emocional. Es más frecuente en varones.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Este trastorno destaca por la variedad de comportamientos, pensamientos y percepciones excéntricas que presenta, especialmente su interés por la clarividencia, la telepatía o la creencia de tener poderes especiales. Debido a ello, desde fuera proyectan la impresión de ser personas raras y peculiares.

Estas rarezas en su comportamiento contribuyen a que se vaya produciendo en su vida un aislamiento social cada vez mayor. Se van distanciando de las relaciones personales e íntimas con los demás, dando lugar a una vida social muy empobrecida y aislada.

Sus pensamientos característicos van centrando su vida personal en creencias místicas o extrasensoriales que le apartan de la realidad social. De esta forma, cuanto más se alejan de otras personas más se aplican a sus propios razonamientos.

Prefieren la privacidad y el aislamiento, y mezclan en su mente lo que observan en el ambiente con sus propias ideas extrañas, dando lugar a interpretaciones curiosas de lo que sucede a su alrededor y a suspicacias y desconfianzas.

Les cuesta mucho diferenciar en el ambiente lo relevante de lo accesorio, hacen interpretaciones especiales de sucesos sin ninguna importancia objetiva y lo expresan con un lenguaje también peculiar y artificial.

Se ven a sí mismos como personas incomprendidas y desamparadas, con sensaciones de falta de sentido en su vida y experiencias de despersonalización o de extrañeza de sí mismos.

Es más frecuente en varones, y especialmente en aquellos que tienen familiares con diagnóstico de esquizofrenia.

Trastorno antisocial de la personalidad

El comportamiento general de una persona con este diagnóstico suele ser impredecible e incontrolable. Presenta alta impulsividad y poca capacidad de frustración. No suele prever las consecuencias y actúa de manera precipitada.

Frecuentemente incumple las normas sociales con comportamientos fraudulentos o delictivos. No le gusta la rutina, lo convencional, lo establecido; desprecia los valores familiares y culturales y parece no afectarle el dolor o el sufrimiento de los demás, ni siquiera de los seres más cercanos. Las relaciones personales son difíciles y vengativas,

tratando a los demás con frialdad y de forma agresiva, llegando a veces a despreciar los principios éticos más elementales.

Tienden a utilizar a la gente para conseguir sus intereses personales, siendo poco confiables. No se comprometen en obligaciones conyugales o familiares, y ya desde la edad adolescente plantean problemas en la familia, en la escuela y en su vida social.

Muchas veces la propia vestimenta presenta a una persona inconformista, llamativa y que no acepta las normas convencionales. Sin embargo, en ocasiones son capaces de presentarse ante la sociedad con buenas maneras y con una máscara de educación y bondad que es utilizada para conseguir estafar o engañar a los demás en su propio beneficio. La capacidad para pensar racionalmente no está alterada, pudiendo tener un nivel intelectual normal o alto. Lo que habría sería una alteración de sus principios éticos y de su capacidad empática.

Es bastante más frecuente en hombres que en mujeres, probablemente por tener los hombres una mayor propensión a la impulsividad y agresividad. La prevalencia en cárceles o centros de tratamiento de drogas es mayor que en la población general. Esta forma alterada de personalidad, en sus rasgos extremos, sería una psicopatía.

Trastorno límite de la personalidad

Se conoce también con el nombre de trastorno inestable de la personalidad o trastorno ambivalente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ-10). Su forma de aparición en la clínica es compleja y variada, debido a la gran diversidad y complejidad de los síntomas que presenta.

Las personas que lo padecen suelen habitualmente solicitar ayuda al psicólogo o al psiquiatra de forma urgente y frecuentemente con un tono dramático. El motivo que ha desencadenado el desequilibrio psicológico puede haber sido muy variado y de distinta gravedad. Así, la causa de su petición de ayuda puede haber sido el viaje de un ser querido, un cambio de planes, un suspenso, una contradicción a sus deseos o, en casos más graves, la aparición de alucinaciones o un intento de suicidio. En muchos casos es la familia quien, desesperada por la difícil convivencia, pide orientación por el comportamiento inestable, las llamadas de atención en casa o las explosiones de ira.

La intensidad y la variabilidad de sus afectos y de su estado de ánimo es uno de los rasgos principales, pudiendo tener un período de normalidad, para pasar en poco tiempo a sentirse deprimidas, irritables o tremendamente activas. Estos cambios no tienen que ir asociados a variaciones en su ambiente exterior, sino que pueden aparecer sin motivos aparentes. Estas oscilaciones de su humor y de su equilibrio emocional son tan intensas que afectan a todas las parcelas su vida.

Presentan también cierta incapacidad para controlar los impulsos. Esto se puede manifestar a través de atracones de comida, de gastos o compras innecesarias, de juegos de azar, de abuso de sustancias o de conducción temeraria. Tienen comportamientos autodestructivos simples, como autolesiones, cortes, quemaduras y golpes. Pero el más destacado y grave es el comportamiento suicida. Cuando no consiguen algo en lo que tienen interés pueden llevar a cabo amenazas o intentos de suicidio. Estas amenazas hay que considerarlas, porque frecuentemente llevan a cabo el intento en momentos de gran inestabilidad y de fluctuación, lo que supone un peligro real. Tienden a abandonar las

metas en el momento en el que están a punto de conseguirlas; un ejemplo sería abandonar el curso escolar en los exámenes finales.

Presentan una importante intolerancia al abandono, que llega al extremo de considerar una separación transitoria, por ejemplo un viaje de su terapeuta, como un gran abandono que les lleva a sentir un pánico intenso del que les cuesta salir.

Las relaciones que establecen son muy intensas e inestables, oscilando entre la dependencia, la superficialidad y la manipulación. Cambian súbita y drásticamente de actitud hacia las personas, pasando de ensalzar las cualidades de alguien a su más completa desvalorización.

La dependencia que establecen y los vaivenes en su estado de ánimo les lleva a tener demandas muy exigentes con las personas cercanas. El sentimiento que producen en los demás es que se trata de una actitud y un comportamiento caprichoso ante la vida. Por ello, suscitan en sus allegados reacciones confusas y conflictivas: les cuesta comprenderlos y acaban hartos de sus manipulaciones y exigencias. Se crea de esta forma un círculo vicioso, en el que la familia reacciona desesperándose y la persona aumenta sus exigencias y se siente incomprendida.

Pueden llegar a tener episodios psicóticos breves, tales como alucinaciones. Este síntoma predispone a requerir hospitalización en muchas ocasiones, por lo que es habitual en centros psiquiátricos. Es considerado uno de los trastornos de personalidad más común, siendo las mujeres las que mayor riesgo presentan.

Trastorno histriónico de personalidad

Esta forma de ser se situaría en el extremo patológico de la extraversión. Las intensas emociones que sienten quienes lo padecen son de tal viveza que les lleva a tener dificultades en su vida diaria. Sienten de manera muy intensa, y esto les puede llevar a que cualquier inconveniente se convierta en un drama o cualquier alegría en un estado de máximo placer.

Dependen del resto de las personas para sobrevivir emocionalmente. Las opiniones y la valoración que los demás hacen de ellos son mucho más importantes para su autoconcepto que lo que ellos mismos puedan pensar.

Tienen así una fuerte necesidad de estima, un enorme deseo de atraer la atención de los demás y una gran capacidad de seducción, que puede llevarles a cierto exhibicionismo. Buscan la compasión de los demás, y para ello pueden utilizar relatos de hechos exagerados o inexistentes, cargados de una fuerte teatralidad.

Les gusta ser el centro de atención en cualquier situación y la relación con los demás suele ser seductora, utilizando frecuentemente el ñsico para llamar la atención. Cuando establecen relaciones con los demás tienden a pensar que las relaciones son más íntimas de lo que realmente, objetivamente o desde el punto de vista del otro, son. Su aparición es mayor en mujeres.

Trastorno narcisista de la personalidad

Se trataría del extremo alterado de una forma de afrontar la vida arrogante y autosuficiente. Quienes tienen este trastorno presentan un elevado concepto de sí mismos que generalmente no se ajusta a la realidad.

Al considerarse individuos únicos pretenden tener privilegios respecto a los demás, y se sienten dignos de admiración y con derechos especiales. Sin embargo, esta actitud genera desconfianza y rechazo en su entorno, encontrando los demás su forma de ver la vida y su comportamiento egocéntrico. Estas actitudes egoístas producen la impresión de que utilizan y manipulan a las personas que les rodean en su propio beneficio.

Tienen serias dificultades para empatizar o ponerse en el lugar de los otros, lo que dificulta que tengan relaciones sociales o familiares en las que haya una cierta reciprocidad.

Suele caracterizarles una gran imaginación, en la que las fantasías de gloria o éxito personal son frecuentes y poco ajustadas a la realidad.

Este conjunto de aspectos psicológicos les lleva a transmitir una imagen general de despreocupación y tranquilidad, que en cierta forma podríamos denominar como frialdad. Podría provocar la admiración de algunas personas, sobre todo de aquellas más inseguras y dóciles que carecen de estos rasgos. Son, precisamente, las personas que le admiran las que en primer lugar serán más susceptibles de ser utilizadas para beneficio de la personalidad narcisista.

Trastorno evitativo de la personalidad

Provoca que quienes lo padecen tengan una imagen muy insegura y devaluada de sí mismos y crean que los demás opinarán lo mismo de ellos. En las personas que se sitúan en el extremo patológico de esta forma de ser evitativa, su estado de ánimo habitual es la angustia y la ansiedad.

Temen que las demás personas les critiquen, les ridiculicen, les vean los defectos, así que están atentos a los gestos y posibles desaprobaciones sociales. Sienten una gran desconfianza hacia el mundo exterior y reflejan una imagen general de inquietud y malestar.

La hipervigilancia sobre su entorno les lleva a anular la capacidad de observar lo realmente relevante y que se pierdan en análisis angustiosos de cuestiones sin importancia.

Reaccionan de forma desproporcionada ante los posibles peligros, hasta el punto de llegar a evitar muchas experiencias por no poder soportar la desazón que les produce enfrentarse a situaciones determinadas.

Trastorno dependiente de la personalidad

La característica fundamental es la falta de confianza en sí mismos, teniendo una gran necesidad de apoyo y de estima de los demás. Necesitan el aliento, el respaldo y el consejo de sus seres más cercanos en las decisiones diarias. Procuran no contraer responsabilidades adultas, prefiriendo que sean los demás quienes decidan y tomen las responsabilidades.

Siempre quedan por delante las necesidades de los demás antes que las propias. Así, son personas cálidas, agradables, que evitan las tensiones y los conflictos con los demás. Este hecho puede ser peligroso para ellos, ya que les puede llevar a exponerse a tareas desagradables con tal de sentir el apoyo de los demás.

Sienten un gran temor al abandono o al rechazo emocional de las personas cercanas, de las que dependen emocionalmente, y cualquier supuesto alejamiento les supone una gran intranquilidad.

Es frecuente que cuando termina una relación importante busquen inmediatamente otra para conseguir el apoyo y el cuidado que necesitan. En algunas culturas, y a determinadas edades, tener rasgos dependientes es considerado normal o incluso adaptado. Se considera más frecuente en mujeres.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Se caracteriza por una intensa búsqueda de la perfección en las tareas que realiza. Este hecho no permite a los que lo padecen adaptarse a las exigencias de su vida personal o profesional.

Su vida se centra en una continua preocupación por los detalles, por el orden y por las normas, hasta el punto que el objetivo final que se plantea en cualquier actividad es difícil conseguirlo, al perderse en el difícil camino de la perfección.

Excluyen de su vida el ocio y las actividades lúdicas, en su empeño exagerado de lograr el control y el orden a su vida. Elegir el camino más conector en las actividades diarias les supone tener indecisiones, dudas imposibles de resolver y una valoración tan detallada de las distintas posibilidades que al final no pueden discernir cuál es la mejor opción a tomar.

Muestran inflexibilidad en sus valores morales y éticos, siendo personas intolerantes con ellos mismos y con los demás. En su obstinación por lograr el control y el orden en su vida es fácil que excluyan el ocio y las actividades lúdicas.

Los hombres tienen, según determinados estudios, el doble de posibilidades de presentar estas características que las mujeres, probablemente también influidos por valores culturales.

4. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Una de las tareas más apasionantes, pero también más difícil de la psicopatología, es conocer las causas de los trastornos psicológicos. Será un conjunto de elementos el que determinará la aparición y el desarrollo de un cuadro psicopatológico.

Veamos algunas de estos elementos centrados en la aparición de un trastorno de personalidad.

La herencia. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en proponer que la herencia es un factor que puede influir en la aparición de un

trastorno de personalidad, deduciendo esta afirmación de los parecidos entre miembros de una misma familia, incluso en los casos en los que no han convivido juntos o incluso ni se conocen.

Sin embargo, el papel de los genes no es determinante, ya que los factores ambientales pueden modificar sustancialmente la dotación hereditaria. De esta forma, la herencia actuaría como factor predisponente, que puede adoptar distintas formas dependiendo de la educación, de las circunstancias y de las experiencias que vive una persona.

La infancia. Las experiencias diarias de un bebé y de un niño pequeño habitualmente suelen acompañarse de un orden y de una continuidad.

O

143-144 / 324

centrada en pocas personas del entorno familiar más próximo. Esto es difícil de repetirse en otro momento de la historia de una vida. Más adelante, las influencias del mundo exterior y de la sociedad van siendo mayores. En este primer contexto familiar tan íntimo el niño establece unos determinados sentimientos hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el mundo en general. Adquiere poco a poco, a través de sus primeras experiencias infantiles, una impresión de cómo es el mundo, de cómo le perciben los demás y, en definitiva, de cómo es él.

Así se entiende que un niño que convive con una madre miedosa que está continuamente alerta ante los posibles peligros y que se asusta fácilmente (el sonido del timbre de la

puerta o un ruido poco habitual en la calle), tenderá a percibir el mundo de una forma más insegura.

La forma particular de cada familia para abordar aspectos diversos en la educación de los hijos influye en cómo se va configurando la historia infantil. Algunos ejemplos de cuestiones que irán influyendo son: los sentimientos y las actitudes de los padres hacia el hijo-los procedimientos que utilizan para educar y regular el comportamiento del niño, la sobreprotección, la permisividad excesiva o la rigidez extrema, las contradicciones e inconsistencias parentales, la ausencia de límites, normas y disciplina, las ideas y las creencias que se transmiten en la familia, los sentimientos de culpa por hacer cosas inadecuadas o la

ansiedad continua de los padres en sus manifestaciones.

También son importantes los condicionantes actuales de los distintos tipos de familia que existen: un hijo viviendo sólo con uno de los progenitores como consecuencia de la separación entre los padres, o niños viviendo con parejas en las que uno de los dos no es su padre y en la que tienen a su vez una relación con otra familia nueva los fines de semana. Para muchos autores, algo importante es que no exista un modelo paterno del mismo sexo con quien el niño pueda ir identificándose en su crecimiento y evolución.

Estas diferentes configuraciones familiares no tienen por qué propiciar dificultades en los niños, pero

requieren cierta capacidad y apoyo para adaptarse a las distintas situaciones y, en el caso de que no se den, pueden también desencadenar en los hijos vivencias que no permitan la estabilidad suficiente para la adquisición de una personalidad equilibrada.

Las relaciones sociales. Los intercambios afectivos entre los amigos y allegados es fundamental para el equilibrio personal.

Desde el inicio de su vida social el niño propicia una impresión determinada en los demás, en los profesores del primer colegio, en las madres de los primeros amigos, en los vecinos, etc. Este primer impacto puede dar una imagen simplificada de su forma de ser, pero clave para sus

relaciones futuras. Así, decimos de un niño que es nervioso, tranquilo, inquieto, malo, bueno o difícil.

Una vez establecido este estereotipo o esta definición de cómo es, en general todo su entorno social suele esperar que se comporte de la forma en la que se le ha «catalogado».

Cuando un niño que es definido como tranquilo y bueno pasa una día mostrándose caprichoso en sus demandas, se dice que no debe estar bien, que algo le pasa. Se espera de él que siempre sea apacible y sereno. Ha tenido un mal día. Sin embargo, el niño considerado travieso o malo, si un día se comporta de forma calmada se piensa asimismo que quizá esté enfermo. No se espera de él un buen comportamiento.

Esta actitud del entorno hace que se repita el estereotipo, que el niño, y posteriormente el adulto, tiendan a cronificar sus comportamientos, ya que así cumple con las expectativas que se tienen de él.

Influencias socioculturales. Se refiere a los valores y a las tradiciones que componen el contexto sociocultural en el que crece una persona. Las normas sociales de cada cultura deben permitir la obtención de seguridad y de pertenencia a un grupo social.

Desde pequeños se va aprendiendo a controlar reacciones impulsivas e inflexibles, para adaptarse a las reglas de la comunidad en la que se vive y a las normas de la cultura imperante. Se valora en el menor que tenga un proceso de socialización que le permita

O

145-146 / 324

ajustarse a las normas sociales.

Sin embargo, muchos de los males de nuestra sociedad se le atribuyen precisamente a los valores actuales y, en parte, a las pocas normas o a la flexibilidad de las normas contemporáneas de la sociedad occidental. Estos últimos años tenemos claros ejemplos de niños agresivos, incluso de niños y adolescentes asesinos.

Las normas presentes han cambiado con respecto a cualquier época anterior. Durante décadas las normas familiares y sociales han evolucionado muy lentamente. La generación de nuestros bisabuelos, abuelos y padres pocos cambios han tenido que plantearse en la educación de los hijos. Sin embargo, durante los últimos veinte años los

cambios han sido tan rápidos y tan contundentes que quizá se pueda hablar de una época bastante caótica con relación a normas y valores. Ha habido que adaptarse demasiado rápidamente a avances de la tecnología, que han hecho que la dinámica familiar y social varíe sustancialmente. Así, se puede observar cómo los niños han ido cambiando los entretenimientos de su tiempo de ocio; los juegos tradicionales de saltar a la comba, jugar a la goma o saltar el guiso, de las niñas, así cómo jugar al balón en la calle, montar en bicicleta o competir haciendo carreras, de los niños, han sido sustituidos por horas delante de la televisión, de un ordenador, del móvil o de un ipad. La familia, en primera instancia, y la sociedad en general, se plantean cómo orientar a los más jóvenes para organizar sus entretenimientos en actividades que no dominan con la misma facilidad que sus niños y adolescentes.

Las normas de esta generación, en muchos sentidos, parecen haber sido contradictorias, ambiguas e inestables. La cantidad de normas contrapuestas de esta época afecta al desarrollo integral de las personas. Algunos ejemplos se ven claramente: se ha fomentado la independencia de la mujer, su salida al mercado laboral, pero también se espera de ella que sea una buena madre, que se ocupe de sus hijos y que se organice para que el hogar familiar funcione correctamente. Una madre de familia responsable

enfrentada a ambas reglas sociales puede sentirse ansiosa e insegura en cada decisión que toma en uno u otro contexto. Un joven al que se le trata de inculcar valores de solidaridad con sus compañeros y al que, por otro lado, se le exige una nota media más alta que la de otros para poder elegir la carrera profesional por la que se inclina. El ritmo con el que va cambiando la sociedad puede llevar a que las personas no encuentren normas seguras e inequívocas para perseguir sus aspiraciones, y también a que cuando vislumbren ciertos valores y normas sean ambiguas y cambiantes.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Reflexiona en cada uno de los trastornos de personalidad cuáles de las dos dimensiones presentadas en el capítulo tiene mayor influencia, haciéndote la siguiente pregunta: ¿El deterioro del trastorno es fundamentalmente en la relación con *sí mismo* o en *las relaciones con los demás*?
2. Piensa y busca personajes históricos que consideres que han podido presentar rasgos patológicos de personalidad. Justifícalo.

9

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

MARGARITA ORTIZ-TALLO MARTA FERRAGUT

En este capítulo hablaremos de los trastornos de la alimentación que se consideran más característicos de la edad adulta: la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos trastornos se presentan cada vez con mayor frecuencia en chicas más jóvenes, e incluso en niñas pequeñas. No desarrollamos en el capítulo el pica, la rumiación o el trastorno restrictivo de la ingesta, por considerarlos más específicos de la infancia.

1. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es un trastorno mental y del comportamiento que ha sido clasificado dentro de los trastornos de la alimentación. El motivo de esta clasificación es que se produce una restricción en la ingestión de comida, hasta el punto de llegar a perder peso y quedar de manera patente por debajo del peso mínimamente saludable para el desarrollo de la salud física.

Sin embargo, como iremos viendo a lo largo del capítulo, no será sólo la negación a comer o la pérdida de peso la sintomatología principal, pues se producirán síntomas complejos y variados, físicos y psicológicos, que llevan a que este cuadro sea uno de los más graves en la psicopatología clínica.

1.1. Desarrollo y concepto de la anorexia nerviosa

La aparición y el desarrollo de la anorexia nerviosa, en la mayoría de los casos, se produce sin que las personas que rodean a la chica se sorprendan inicialmente de su comportamiento. Puede ser que hasta que no haya perdido mucho peso la familia no tome conciencia de lo que empieza a ser claramente patológico.

El que una joven adolescente diga al comenzar el verano que está gorda y empiece un régimen de alimentación para perder unos kilos no es objetivamente para alarmarse. Lo dicen y hacen la mayoría de las mujeres de todas las edades. Probablemente, en el caso que nos ocupa, sea una chica estudiosa, ordenada y organizada y que, hasta ese momento, los padres dicen que no ha planteado problemas especiales en casa. Las amigas y la familia pueden decirle que no está gorda, y de hecho puede que objetivamente no tenga sobrepeso, pero a ella le parece que sí y esto le produce malestar. Realmente en los últimos tiempos todo le produce malestar. No está de acuerdo con su madre, siempre pendiente de todo y agobiándola, no soporta las discusiones entre sus padres, no aguanta la presión del instituto- sus amigas le han hecho varias faenas y está dolida con ellas... Así, con esa sensación general de malestar, progresivamente se centra cada vez más en todo lo relacionado con la alimentación, y quiere que eso le pueda pasar a ella.

Siempre ha hecho deporte, pero ahora necesita contrarrestar para no seguir engordando. Sabe que si quema calorías adelgazará más rápidamente, así que sube y baj a

escaleras o realiza incansablemente ejercicios de gimnasia en su habitación. También sabe que si toma laxantes y diuréticos podrá sacar hacia fuera parte de lo que le sobra. Pero esto no le es siempre fácil.

Poco a poco empieza a notar que no puede mantener el nivel de estudios que tenía antes. Con todo lo que emprende le pasa lo mismo, tiene que hacerlo a la perfección, porque si no prefiere no hacerlo. Por eso es fácil que se plantee dejar los estudios. En casa su madre la tiene harta con tanto sermón a la hora de las comidas; parece que no le interesa ninguna otra cosa más que el que ella coma. Una amiga le dijo el otro día que parecía que tenía anorexia nerviosa. ¡No! Ella no tiene anorexia, y además con su cuerpo puede hacer lo que quiera.

Tiene ratos en los que siente una profunda sensación de vacío y de inutilidad. El otro día, en internet, encontró un foro en el que se intercambian consejos, dietas y trucos para engañar a los padres y profesores. Había una chica que decía: «Tengo una dieta buenísima en la que bajas hasta 9 kilos en una semana». Se la ha pedido y espera que se la envíe pronto. Hay momentos en que no puede soportar la ansiedad, pero sólo quiere verse bien. Es un sacrificio que merece la pena.

Hace unos meses que no le viene la menstruación, por lo que su madre se preocupa y la quiere llevar al médico. Ella está mucho más cómoda así. Le encanta tener autocontrol sobre su cuerpo, y quiere que la dejen en paz. pues ella no se mete en la vida de su madre ni en la de nadie. Cuando hay una comida familiar le entran ganas de llorar; en realidad, tiene ganas de llorar muchas veces. Lo que hace en esas situaciones para que la dejen tranquila es coger comida, masticarla y que parezca después que va a beber Coca-cola y así tira la comida en el vaso. Otras veces no le ha quedado más remedio que meterse los dedos y vomitar. Esto le ha hecho sentirse un poco mejor, pero no sabe si es la angustia o qué, pero le duele el estómago, así que cree que lo mejor es no tomar nada o lo menos posible.

No tiene ganas de salir con sus amigas, y además desde que dejó los estudios cada vez las ve menos. Ella sabe que no está tan mal, porque de lo contrario no podría hacer tanto ejercicio físico. Además, no cree que esté tan delgada. Le consuela hablar por el chat con otras chicas que se sienten como ella.

Se ha notado que se le cae el pelo cada vez más, suele tener bastante frío y la piel se le está poniendo de un color extraño. En último lugar, piensa que si lo que tiene friera anorexia qué más da, ella puede hacer con su cuerpo lo que quiera. Sólo quiere verse mejor, pues a las delgadas les abren más puertas en nuestra sociedad.

Este cuadro, con pequeñas variantes, remonta sus primeras referencias en Europa al año 1689. cuando Richard Morton, médico inglés de Oxford, describe una paciente de 18 años con una sintomatología parecida. Definió a la chica como «un esqueleto viviente cubierto de piel». La paciente murió tres meses después de su primera consulta, y Morton no pudo encontrar causa orgánica alguna que justificara el proceso.

Pero ha sido en las últimas décadas cuando el estudio clínico y la investigación sobre la anorexia nerviosa han experimentado una rápida evolución. Para ello ha influido la necesidad de una sociedad que demanda más medios para tratar un trastorno que constituye un grave problema sanitario, que puede conducir a la muerte y para el que no existían recursos apropiados.

1.2. Características clínicas

En la clínica no siempre aparecerá el cuadro en la evidencia final, cuando la chica está ya extremadamente delgada y el diagnóstico es evidente a simple vista. Muchas veces podrá ser un problema familiar, una desadaptación académica o unos síntomas depresivos los que nos alerten, tras una evaluación adecuada, de la existencia de síntomas anoréxicos que deban ser tratados.

Veamos cuáles son las características clínicas o síntomas psicopatológicos que van apareciendo conforme se va instaurando el cuadro.

Síntomas depresivos. La pérdida de peso y las dificultades asociadas a la anorexia nerviosa suelen ir asociadas a síntomas que pueden llegar a confundirse con un trastorno depresivo mayor. De esta forma, con frecuencia se presenta un estado de ánimo deprimido, llantos frecuentes, irritabilidad, retraimiento social, alteraciones en el sueño y pérdida de interés por el sexo.

Síntomas de ansiedad. La sensación de malestar que describe cuando tiene que enfrentarse a la comida, al peso, a su cuerpo, a las relaciones familiares y a las relaciones sociales indican que hay una ansiedad generalizada, en algunos casos, y crisis de ansiedad, en otros.

Obsesiones. Presentan características propias del trastorno obsesivo-compulsivo. Un pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello, así como conductas compulsivas de almacenamiento de comida, desmenuzamiento de los alimentos en el plato o colección de recetas. Nos encontramos con frecuencia, como particularidad de la obsesión en la anoréxica, el rechazo a querer dejar de lado la obsesión y la no existencia de conciencia clara de absurdidad que suele acompañar a todo pensamiento obsesivo.

Fobias. Presentan un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa/o. Este temor presenta muchas de las características de la fobia. aunque quisiéramos destacar la peculiaridad que se produce en la fobia al cuerpo y al propio peso, pues, a diferencia de otros trastornos fóbicos, en los que se puede rebajar su ansiedad huyendo o evitando el estímulo fóbico, en la anorexia nunca puede tener un escape total de la situación aversiva y nunca puede desaparecer la ansiedad del todo. La única manera que tiene de escapar del peso es pesando menos, aunque seguirá sintiendo pavor al nuevo peso.

Asimismo aparece en el cuadro, especialmente en el subtipo restrictivo, una fobia a algunos alimentos expresando que es incapaz de comer determinadas cosas, que suelen coincidir con aquellas comidas que se consideran que tienen mayor aporte calórico, como dulces, pan. potajes, etc. También algunas personas con anorexia pueden sentirse especialmente temerosas al hecho de comer delante de otras personas, con una sensación de malestar y humillación que recuerda claramente a síntomas de la fobia social.

Alteración en la percepción y en la valoración de la imagen corporal. Hay una sobreestimación en el tamaño de algunas zonas del cuerpo, aunque esta sobreestimación también puede aparecer en las personas obesas e incluso en la población en general. Las chicas que previamente tengan mayor distorsión perceptiva o menor habilidad para percibir correctamente el tamaño del propio cuerpo, así como una mayor insatisfacción corporal, tienden a manifestar un juicio erróneo sobre las medidas de algunas partes de su cuerpo. Esta distorsión no siempre es sobre la percepción de la totalidad de su cuerpo, ya

que en una evaluación precisa se encontrará que es con partes específicas de éste, tales como barriga, caderas, muslos y nalgas.

Excesiva actividad física. Esta aumenta con la finalidad de elevar el gasto energético. Será frecuente verla comer de pie o ponerse en movimiento inmediatamente después de haber ingerido algo. Es frecuente que acuda al gimnasio, intensifique el deporte o dedique mucho tiempo a hacer ejercicios corporales en su habitación. Alteraciones físicas. Una gran parte de la sintomatología física se puede atribuir a las consecuencias de la inanición. Cuando el diagnóstico es firme, el síntoma más apreciable en la exploración física será el aspecto cadavérico. La desaparición de la menstruación o amenorrea es también un signo habitual de la existencia de anorexia en la chica.

Hay otras alteraciones que acompañan frecuentemente el estado de la persona afectada, como son el estreñimiento y el dolor abdominal. La piel, en muchos casos, toma un color amarillento y se encuentra seca, áspera y fría. En ocasiones pueden llegar a tener una capa de vello fino que se denomina lanugo. La hipotensión puede llegar a provocarles mareos y lipotimias cuando hace calor o cuando llevan mucho tiempo de pie, y es frecuente que haya arritmia y/o bradicardia.

1.3. Criterios diagnósticos: DSM-5 y CIE-10

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en la última clasificación publicada en el año 2013 (DSM-5), establece cuatro criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

a) *Restricción de la ingesta*, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y salud física. Significativamente bajo peso se define como un peso que es menor del mínimo normal, o, para los niños y adolescentes, menor que el esperado mínimamente.

b) *Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa/o*. Este miedo es persistente e interfiere con la posible ganancia de peso, incluso cuando éste es significativamente bajo.

c) *Una alteración en la percepción del peso*, la talla o la silueta corporal. Indebida autoevaluación sobre su propio peso y falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual.

Se debe especificar el subtipo que cursa:

Restrictiva: durante los últimos tres meses no ha recurrido a episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).

Purgativa: durante los tres últimos meses ha recurrido a episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).

La Organización Mundial de la Salud, en su última publicación del año 1992 (CIE-10), establece cinco puntos para el diagnóstico del trastorno, y recuerda que para su diagnóstico deben estar presentes todos ellos:

1. Una pérdida significativa de peso, reflejada en un índice de Quetelet de menos de 17,5. El índice de Quetelet se halla del siguiente modo: $IQ = \text{peso (kg)} / \text{altura al cuadrado (m)}$. En el caso de prepúberes, la no ganancia de peso propia del período de crecimiento.
2. La pérdida de peso debe estar originada por el enfermo a través de la evitación del consumo de alimentos y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal consistente en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, o de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que la persona enferma se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

4. Trastorno endocrino generalizado, que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal. manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Por último, si la edad de inicio es anterior a la pubertad se retrasan las manifestaciones características o incluso se detiene.

2. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno mental y del comportamiento que también ha sido clasificado dentro de los trastornos de la alimentación. En este caso se produce una ingestión de comida excesiva en forma de atracones y una excesiva preocupación por el control del peso. Ello conduce a autoprovocarse el vómito o a comportamientos para compensar el posible aumento de peso, tales como la toma de laxantes o el ejercicio excesivo.

Russell en el año 1980. define los criterios diagnósticos de lo que llamaría bulimia nerviosa. Se reserva el término bulimia para las personas que, tras haber pasado una fase de anorexia. presentan atracones de comida.

2.1. Desarrollo y concepto de la bulimia nerviosa

En esta ocasión, probablemente, se trate de una chica joven, pero algo mayor que en la anorexia nerviosa. Puede tener unos 15 o 16 años. En muchos casos atribuirá el comienzo de su problema a un desengaño amoroso, a enfados con las amigas o a problemas con los estudios. Puede ser que le sobren unos kilos, en ocasiones no más de 3 o 4. Los problemas con los que se encuentra pueden ser variados: no le salen bien las cosas con el chico que le gusta, se ha enfadado con sus amigas, las notas empeoran al cambiar de colegio o sus padres no entienden que ahora necesite estar fuera de casa tantas horas. Todo le hace estar cada vez más nerviosa, más ansiosa y comienza a «pagarlo» con la comida.

Siente que cada vez que está nerviosa tiene que irse a la cocina y comer todo lo que encuentra, o bajar al súper y comprar

galletas, chocolate y chucherías. Este comportamiento le supondrá ir notando que coge algún kilo más, lo cual le produce una gran ansiedad, así que decide probar a meterse los dedos y vomitar; también se acuerda que los laxantes pueden ser una buena opción; otros días, sin embargo, intenta no comer nada para que no le engorde el atracón que se dio.

Cuando se da cuenta sólo puede pensar en la comida y en los atracones. Sí, ella cree que son verdaderos atracones, ya que coge todo lo que encuentra en la cocina: pero no cosas que no engorden, las que le apetecen son precisamente las que más calorías tienen: pan con mermelada, chorizo, restos de lentejas o potajes, galletas, dulces, etc. Lo que más le atrae es precisamente todo lo que es grasa, pues de lo contrario no se queda bien; es como si fuera la única manera de quedarse a

gusto. Lo hace a escondidas, cuando piensa que el resto de la familia no está en casa o está durmiendo. Es una sensación extraña, como si estuviera robando y tuviera que

escondarse. Ella ya sabe que comer no es malo, pero lo que hace es tan raro que prefiere hacerlo a escondidas.

Está triste y, además, después del atracón le empiezan a entrar unos remordimientos y una angustia tan fuertes que no tiene más remedio que ir al servicio y vomitar. Necesita hacerlo para no encontrarse tan llena, es como si fuese la única manera que se le ocurre para adelgazar y relajarse.

Comer y vomitar empieza a ser el centro de su vida. También los problemas. Tiene problemas en casa, problemas con las amigas, con los estudios, y nota que en algunos momentos está muy contenta y en otros muy triste. Cuando está tan mal tiene ganas de morirse.

Sus padres ya no la ven igual, y no saben qué hacer con ella. Parece haber tomado la casa como una pensión. Cada vez que se enfada da un portazo y sale corriendo. Ya ha amenazado varias veces con irse de la casa como si ganara metiéndose tanto en su vida.

Los cambios de peso no llaman la atención a sus padres, pues está más o menos como siempre. Nadie entiende qué le pasa a la chica. Si tuviera menos edad dirían que es la adolescencia; pero ya ha pasado el tiempo, ya está mayorcita y no hay quien la aguante. De hecho, no se aguanta ni ella. Empieza a quejarse de dolores de barriga y de garganta, pero siempre pone inconvenientes para ir al médico.

Así puede continuar la historia sin que nadie a su alrededor pueda identificar claramente qué le sucede. Es probable que cuando por fin pida ayuda lo haga por otros motivos: porque esté deprimida, tenga mucha angustia o ya hayan pasado varios años y se decida por ella misma a contarle a algún profesional lo que le ocurre, pues aunque se propone una y otra vez dejar de comer tanto, es como una adicción. Es igual a lo que le pasa con el tabaco, no puede conseguirlo.

2.2. Características clínicas

La bulimia nerviosa será definida cuando forme un cuadro independiente de la anorexia. En ocasiones el síndrome forma parte de la evolución de la anorexia nerviosa, como la otra parte de descontrol del cuadro. En la clínica es frecuente encontrar chicas que presentan en su historial anorexia y que posteriormente desarrollan el cuadro de bulimia.

Cuando el cuadro es «puro» de bulimia nerviosa, a pesar del enorme sufrimiento que también conlleva para la persona y del tiempo que ésta suele tardar en pedir ayuda terapéutica, se puede decir que el pronóstico suele ser más favorable.

Las características psicopatológicas que exponemos a continuación no las desarrollamos, por ser muchas de ellas parecidas a las presentadas en la anorexia nerviosa.

Síntomas psicopatológicos. Depresión-ansiedad, inestabilidad emocional, fobia a ganar peso, fobia social y conductas autolesivas. La rebeldía, los cambios bruscos de humor, la irritabilidad y el desorden son características frecuentes que acompañan al cuadro.

Síntomas psicológicos. Tristeza, desconfianza hacia los demás, pocas habilidades sociales y escasa capacidad para enfrentarse a los problemas, poco manejo emocional, baja autoestima, irritabilidad, pensamientos dicotómicos extremos e ideas catastrofistas. Tienen una sensación definida de pérdida de control en el momento de iniciar el atracón. En muchos casos lo definen como un impulso irresistible muy similar a otros trastornos denominados de control de impulsos, como la cleptomanía o el juego patológico. También hacen descripciones parecidas a trastornos adictivos: «es como una droga, una vez que empieza necesitas seguir haciéndolo, es como tener el mono». Al no ser capaces de detener su impulso, les molesta que otras personas conozcan su problema y suele costarles tiempo el reconocer lo que les ocurre delante de otros. Así se retrasa la petición de ayuda profesional. *Síntomas físicos.* Son frecuentes y variados, pues la persona se puede quejar de dolores de cabeza, pérdida del cabello, mareos, dolores de barriga, estreñimiento, calambres o debilidad muscular. Por otro lado, se puede observar en la paciente pérdida del esmalte dental, debido a la erosión de los ácidos gástricos durante los vómitos, esofagitis, callosidades en la parte dorsal de las manos (signo de Russell), aumento de tamaño de las glándulas salivares, reglas irregulares y fluctuaciones en el peso.

2.3. Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) establece cinco criterios para el diagnóstico:

a) *Episodios recurrentes de atracones de comida.* Un episodio de atracón se caracteriza por:

1. Comer en un período discreto de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) una cantidad de alimento que es excesiva para lo que la mayor parte de la gente comería en ese período de tiempo y bajo circunstancias similares.

2. Una sensación de falta de control sobre el comer durante el episodio (por ejemplo, una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

b) *Conductas compensatorias recurrentes inapropiadas* con el fin de prevenir el aumento de peso, tales como: provocarse el vómito, mal uso de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, y hacer ayuno o ejercicio excesivo.

c) Tanto la ingesta voraz como las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, como media, al menos una vez a la semana durante tres meses.

d) La autoevaluación está excesivamente influida por el peso y por la forma del cuerpo.

e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) establece que deben estar presentes las siguientes tres alteraciones:

a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados. abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un peso máximo muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa, con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

3. TRASTORNO POR ATRACÓN

3.1. Desarrollo y concepto

El trastorno por atracón se caracteriza por la ocurrencia de atracones precipitados sin conductas compensatorias de forma habitual. La persona tiene una sensación subjetiva de pérdida de control y suele haber un estado de ánimo disfórico.

Veamos un caso a continuación:

Siempre he tenido sobrepeso; en realidad, todas las mujeres de mi familia lo han tenido. Recuerdo mi infancia como una infancia normal, no tengo recuerdo de grandes traumas o dificultades. Lo que sí tengo presente es la constante atención que se le prestaba en mi casa a la comida y a las dietas. Todo evento en mi familia gira en torno a mi comida. Nos reunimos para comer; se habla de la comida, de recetas, etc. También de si debo hacer dieta, de cuánto tiempo debo hacerla... Recuerdo muchas dietas desde siempre. Ahora tengo 30 años y no recuerdo un año entero de mi vida en el que no haya intentado una dieta. Siempre que conseguía bajar peso en las dietas, lo cierto es que lo he recuperado casi igual de rápido o más. Ahora soy consciente de las cantidades de comida que ingiero, pues antes no me lo planteaba. La comida siempre me ha relajado. Era muy habitual bajar a la calle y no pasear más de 50 metros sin parar a comprar algún alimento en el supermercado, en el kiosco o donde vendieran comida. Siempre llevaba algo que poder llevarme a la boca. He pasado épocas en las que he llegado a pesar muchísimo. Eso me hacía sentir fatal, aunque a la vez no me sentía capaz de parar de comer o de servirme menos cantidad de comida. Parecía que hiciera lo que hiciera me haría sentir mal. En casa es mi madre la que sirve los platos, ella decide cuánto debemos comer. Yo no necesito ni enfrentarme a eso, otros lo deciden por mí.

Ahora estoy en tratamiento y me han diagnosticado un trastorno de la alimentación. Esto era algo que yo no podía ni imaginarme.

3.2. Características clínicas

El trastorno por atracón es más común en mujeres y niñas con sobrepeso. Suelen presentar una obesidad importante y frecuentes fluctuaciones de peso. Comen abundantemente a diario, además de presentar atracones de comida de contenido calórico. Presentan una historia larga de dietas y regímenes, con serias dificultades para conseguir el objetivo de la pérdida de peso. Las características clínicas más frecuentes son:

- Obesidad e inicio precoz de sobrepeso.
- Historia larga de dietas y regímenes para adelgazar.
- Disforia y malestar psicológico.
- Historia de depresión.
- Deterioro laboral.
- Bajo funcionamiento social.

3.3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos que propone el DSM-5 para el trastorno por atracón son los siguientes:

- a) Episodios recurrentes de atracones, que se caracterizan por las dos siguientes condiciones:
 - 1. Comer en un coito período de tiempo (dos horas) una cantidad de comida mayor que la que come la mayoría de la gente en ese mismo período.
 - 2. Sensación de pérdida de control durante los episodios (por ejemplo, no poder parar de comer o no controlar lo que uno come).
- b) Durante los episodios de atracones, al menos tres de los siguientes indicadores de pérdida de control:
 - 1. Comer más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse muy lleno.
 - 3. Comer grandes cantidades de comida cuando no siente hambre.
 - 4. Comer sólo porque está a disgusto
 - de cómo uno come. 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.
- c) Importante malestar por los atracones.
- d) Los atracones han sido, al menos, una vez a la semana durante los últimos tres meses.
- e) No existen criterios para la bulimia nerviosa.

4. ETIOLOGÍA

Las causas de los trastornos de la alimentación son variadas, existiendo múltiples factores que determinan su aparición y su mantenimiento. En cada caso clínico es esencial evaluar globalmente a la persona que sufre uno de estos trastornos, teniendo en cuenta la necesidad de valorar aspectos genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, y también de forma muy especial los aspectos relacionados con la percepción de la imagen corporal. Es importante evaluar el contexto y la dinámica familiar, ya que en el entorno familiar también se produce una alteración que necesita de ayuda terapéutica.

Los aspectos genéticos tienen su importancia, al indicar estudios recientes que hay una alta concordancia diagnóstica en la anorexia nerviosa cuando se analizan los historiales médicos de gemelas idénticas. También se ha comprobado que las hermanas de las pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad. La susceptibilidad genética podría deberse a la interacción entre diferentes genes. Los aspectos biológicos y bioquímicos hacen referencia a niveles excesivamente altos de la serotonina. neurotransmisor cerebral que interviene en el mecanismo de saciación y que influye poderosamente en el estado de ánimo, especialmente en los estados depresivos.

Los aspectos psicológicos, por ejemplo los rasgos de personalidad previos como el autocontrol (anorexia) o el descontrol (bulimia), el excesivo perfeccionismo, la

obsesividad, la historia personal de haber sido ridiculizada por su peso, una historia de abuso físico o sexual en la infancia, la depresión y la ansiedad, según muestran las investigaciones y la clínica, son factores importantes previos al desarrollo de un trastorno de la alimentación.

Los aspectos familiares, como las relaciones conflictivas, la escasa expresión de sentimientos y la baja comunicación, aun siendo una constante en la adolescencia, son un factor importante a considerar. Bruch, autor importante en las primeras investigaciones sobre el tema en la segunda mitad del siglo xx, destacaba la idea de unas relaciones en apariencia armoniosas, pero en las que en el fondo no había una auténtica comunicación profunda. Es de común acuerdo en los clínicos que el papel de la familia será fundamental durante todo el proceso terapéutico.

Los aspectos socioculturales, como el culto a la belleza que destaca mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras, y las normas culturales que valoran a las personas por su apariencia física y no por sus cualidades internas, es un factor de relevancia en la actualidad. La mayor incidencia en el sexo femenino, en relación a los varones, es probablemente una consecuencia de la publicidad sesgada que se observa en las culturas occidentales acerca de la «necesidad» de que las mujeres hagan dietas y comparen su cuerpo con modelos de perfección.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Elabora las características diferenciales entre los tres tipos de trastornos de la alimentación presentados.
2. Reflexiona y anota cuáles pueden ser los factores predisponentes, los precipitantes y los de mantenimiento de cada uno de los tres casos ejemplo presentados en el capítulo.

10

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

MARÍA DEL MAR CAMPOS

El término «trastorno del control de los impulsos» define aquellas alteraciones del comportamiento caracterizadas principalmente por una gran dificultad para resistir el deseo o la tentación de hacer algo concreto, el impulso de realizarlo, incluso cuando esta conducta pueda acarrearle problemas en diversos ámbitos u ocasionarle dificultades a personas cercanas. Esta ausencia de control se experimenta como un aumento de sensaciones de tensión o ansiedad, seguidas de emociones de alivio o satisfacción tras la realización de la conducta impulsiva (Dixon y Johnson. 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos pensar que existen muchos trastornos psicológicos donde esta falta de control de impulsos tiene una fuerte presencia. Así, podríamos considerar la bulimia como un impulso irresistible a comer una gran cantidad de alimentos en poco tiempo; determinados comportamientos antisociales como impulsos irresistibles; y muchas de las parafilias podrían definirse de la misma forma, como el voyeurismo. alteración en la que la persona no puede reprimir el deseo de observar a otros para estimularse sexualmente, o el paidofilico que no controla el deseo/impulso de mantener relaciones sexuales con menores. También las adicciones, en su totalidad, conllevan siempre un deseo o impulso irresistible a volver a consumir la sustancia adictiva. Igualmente el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por el impulso de llevar a cabo diferentes conductas o rituales. Sin embargo, aunque la falta de control de impulsos sea importante en estos trastornos, su papel, a diferencia de los que describiremos a continuación, no es central, sino que forma parte de un cuadro mucho más amplio, junto con otros patrones de comportamiento desadaptativo.

De acuerdo a lo anterior, los sistemas de clasificación actuales, DSM-5 y CIÉ-10, han de organizar los diferentes trastornos psicológicos. Por ello, en este apartado trataremos de introducir los trastornos englobados bajo esta clasificación, teniendo en cuenta que siempre son susceptibles de cambio y de inclusión o exclusión de unas y otras alteraciones.

En este capítulo nos centraremos en el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta o disocial, la piromanía, la cleptomanía y la tricotilomanía, prescindiendo del juego patológico, el cual ya no forma parte de este grupo diagnóstico, así como de los trastornos infantiles que pudieran formar parte de esta categoría.

El trastorno explosivo intermitente se caracteriza por episodios intermitentes de impulsos agresivos o «ataques» de ira incontrolables que pueden dirigirse a personas u objetos. Por su parte, el trastorno de conducta o disocial se caracteriza por problemas graves de comportamiento desde una edad temprana que chocan frontalmente

con las normas sociales. La cleptomanía se refiere al impulso descontrolado de hurtar cosas innecesarias para sí. La piromanía se refiere al impulso de prender fuego y a la fascinación que éste produce. Y, finalmente, la tricotilomanía consiste en el hábito de arrancarse pelo, a pesar de las evidentes consecuencias que ello tiene.

A continuación explicaremos ampliamente cada uno de ellos.

1. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

1.1. Definición y criterios diagnósticos

El trastorno explosivo intermitente se podría definir siguiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como reacciones episódicas y aisladas en las que existe una dificultad para controlar impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad. Esta reacción es objetivamente desproporcionada respecto a la intensidad del hecho o a la situación que la ha desencadenado.

Los criterios establecidos para el diagnóstico también tienen en cuenta que estas reacciones no sean consecuencia de enfermedades médicas o de otros trastornos mentales que pueden cursar con episodios similares.

Debida a la escasa operacionalización de sus criterios, durante las últimas tres décadas esta alteración se consideraba infrecuente y no era fácil encontrar bibliografía ni descripciones de casos clínicos en los que el trastorno de control de impulsos fuera el rasgo fundamental. Sin embargo, con la publicación del DSM-IV estos criterios mejoraron notablemente, lo que favoreció el interés por la investigación, dando lugar a una serie de estudios con amplias muestras que documentan que esta patología es tan común como cualquier otro trastorno (Coceara, 2011).

Se establecen cuatro criterios fundamentales para el diagnóstico:

1. La aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia física y/o verbal o destrucción de la propiedad.
2. El grado de agresividad expresada durante el episodio es desproporcionado con respecto a la provocación o a la intensidad del estresante psicosocial precipitante.
3. El diagnóstico se establece sólo después de que hayan sido descartados otros trastornos mentales que cursan con episodios de comportamiento agresivo, como el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, un trastorno psicótico, un episodio maníaco o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
4. Los episodios agresivos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como una droga o un medicamento, ni tampoco a una enfermedad médica como puede ser la enfermedad de Alzheimer o un traumatismo craneal.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su última edición (CIE 10) lo incluye en una categoría general denominada de «otros trastornos de los hábitos y de los impulsos».

1.2. Características clínicas

Las personas que padecen esta alteración suelen expresar cuando acuden a consulta que a veces tienen un mal genio que no pueden controlar y que ellas mismas consideran desproporcionado en relación a la situación que lo desencadena. Explican que no son así, pero que cuando les ocurre tienen como «un ataque» en el que empiezan a sentir una gran tensión ante la situación, hasta que llega un momento en el que no tienen más remedio que saltar o explotar; es entonces cuando gritan, pelean, agreden a alguien o rompen lo que tengan a su alcance. Inmediatamente después se sienten liberados, sin tanta tensión, aunque pasado un tiempo es frecuente que se arrepientan de lo que han hecho en su «ataque», o del daño, personal o material, que han causado.

Respecto a los datos sociodemográficos, la información acumulada sobre el trastorno en los últimos años indica que es más frecuente de lo que se pensaba, lo cual puede deberse a los cambios en los criterios diagnósticos introducidos en el DSM-IV; en concreto, suele darse más en hombres que en mujeres y en edades entre los 13 y los 30 años. No obstante, a pesar del creciente cuerpo de investigación sobre este trastorno, aún hay relativamente pocos estudios epidemiológicos que avalen esta información, dándose la mayor parte de éstos en Estados Unidos. En nuestro país la información es escasa, cuando no inexistente.

1.3. Diagnóstico diferencial

A pesar de que los datos apuntan a que aproximadamente el 82 % de los individuos con este trastorno mostrarán, a su vez, algún trastorno del estado de ánimo, ansiedad o abuso de sustancias (Nielsen, Proudnikov y Kreek, 2011; Kessler et al., 2006), en este caso será necesario distinguir el trastorno principal del secundario. El trastorno explosivo intermitente deberá diferenciarse de otras patologías que, como hemos mencionado más arriba, cursan con episodios de ira explosiva, pero donde ésta no es la característica principal.

Cambio de personalidad debido a enfermedad médica. En determinadas ocasiones, una lesión cerebral tras un traumatismo o un accidente puede provocar alteraciones en la personalidad y el comportamiento, produciéndose reacciones agresivas en personas que antes del trauma eran tranquilas.

Abuso de sustancias. Los estimulantes como el alcohol o la cocaína, inhalantes o barbitúricos, pueden provocar episodios agresivos. Trastornos de personalidad. El trastorno antisocial de la personalidad es probablemente el que más frecuentemente cursa con episodios de agresividad; sin embargo, la persona no suele arrepentirse posteriormente. Su comportamiento general se caracteriza por un desprecio y violación de los derechos de los demás, lo que lo diferenciaría del trastorno explosivo intermitente.

El trastorno límite de la personalidad, aunque pueden presentarse períodos de ira o cólera, se diferencia en que éstos son debidos a su gran inestabilidad e impulsividad en las relaciones interpersonales, así como en su afectividad.

Demencia. Pueden aparecer alteraciones del comportamiento, entre ellas explosiones agresivas, pero serán una consecuencia de la demencia. Episodio maníaco. En el contexto de un trastorno bipolar, se define por un período concreto de estado de ánimo anormal caracterizado por una exaltación eufórica, pudiéndose presentar ésta con rasgos irritables y agresivos.

Esquizofrenia. Uno de los criterios para el diagnóstico de este tipo de psicosis es un comportamiento gravemente desorganizado que pudiera manifestarse a través de explosiones agresivas de ira o cólera, justificadas dentro del trastorno.

1.4. Etiología

Existen varias teorías que intentan explicar el origen del trastorno explosivo intermitente; sin embargo, la línea común tiende al acuerdo de que el mismo es el resultado de la interacción de factores biológicos con las experiencias de aprendizaje.

Desde la neurobiología, se contemplan factores bioquímicos en los que se consideran implicados diferentes sistemas de neurotransmisión. como la serotonina y diferentes monoaminas, así como otros considerados también actores en el origen de la ansiedad, la depresión y los trastornos compulsivos. Por otro lado, a nivel neuroendocrino parece que el sistema hipotálamo-hipofisario-adrenal (eje HHA) podría estar implicado también en la génesis y funcionamiento del desorden.

Se ha señalado también que los factores genéticos juegan un papel importante en el desarrollo del trastorno, ya que estudios con gemelos indican que el 45 % de la varianza en el control de la impulsividad se encuentra determinada por factores genéticos. En cuanto a la heredabilidad, los estudios la sitúan entre un 44 % y un 72 % (Coccaro, 2010).

Finalmente, existen modelos que postulan la etiología en los traumas en edades tempranas. Según estas teorías, la exposición a eventos traumáticos, especialmente en la infancia, puede dificultar el desarrollo de habilidades emocionales adaptativas en la edad adulta. Estos traumas también pueden tener un impacto importante en el desarrollo psicológico y biológico normal que se manifieste a través de problemas en la expresión de la ira, así como en dificultades a la hora de relacionarse con otras personas. Este enfoque también contempla la posibilidad de que estos traumas influyan en el desarrollo de diversos mecanismos neurofisiológicos, los de la dopamina, oxitocina y estrógenos, entre otros, y con ello afecte a la adquisición de herramientas de manejo emocional (Nickerson et al., 2012). Un ejemplo:

Daniel es un chico de 29 años que hace poco se ha independizado, pues desde hace más 6 meses está viviendo con su pareja. Reconoce que siempre ha sido de «mecha fácil». Durante su adolescencia ha tenido varias peleas violentas y en casa era habitual que «explotara por tonterías». Desde que convive con su pareja se han dado varias situaciones en las que confiesa ha sentido miedo de sí mismo: «temo que en algún momento no pueda controlarme y acabe pegándole; no quiero ser así. pero en esos momentos no soy capaz de controlarme, sólo quiero golpear lo que sea o a quien sea, la rabia me ciega». Indica que una vez se ha calmado se siente «fatal», porque suele explotar por cosas tan «tontas» como que su pareja «no le conteste a la primera a una pregunta o no esté de acuerdo en algo que él le dice». Describe los «ataques» así: «En esos momentos es como si se encendiera algo dentro de mí, empiezo a sentir un calor que me quema la boca del estómago y tengo mucha tensión por dentro que no puedo controlar. Sólo consigo calmarme gritando, golpeando algo; he hecho trizas varias puertas a lo largo de mi vida, sólo quiero destrozar lo que tengo delante... En esos momentos, mientras descargo, me siento bien; pero a los pocos minutos, cuando me he calmado, quiero morirme, me siento fatal por todo lo que he liado en un momento, me siento como una bestia... Y me siento muy culpable, sobre todo cuando hago a mi pareja llorar y la veo tan asustada... Ella no se merece esto... Y yo me siento muy avergonzado». También señala que cuando vivía en

casa de sus padres las discusiones con su madre o su padre eran muy frecuentes por causas que él señala como «tonterías de mis padres», y siempre acababan a gritos y él golpeando o rompiendo cualquier mueble de la casa o saliendo de la misma a la calle gritando y lanzando insultos. «Pensaba que esto se pasaría cuando dejara de vivir con mis padres, pero no ha sido así...».

Su pareja reconoce que no sabe qué hacer, tiene miedo porque «puede explotar por cualquier cosa, nunca sabes qué le puede hacer transformarse». Trata de no contradecirlo y explicarle siempre las cosas con calma, pero «no puedo seguir así». Antes de vivir juntos ya había presenciado algún episodio de ira, pero según sus palabras «pensé que era por la mala relación con sus padres y que estaba incómodo en casa, pero no sólo no ha cambiado sino que ha ido a peor. Sé que me quiere y nunca me haría daño, pero no puedo vivir con alguien a quien tengo miedo: miedo de que un día pierda el control por completo y me haga daño o que se haga daño a sí mismo, y si tenemos hijos...

No quiero ni pensar qué pasaría si va a peor...». Señala que habitualmente es un chico muy cariñoso y atento - inteligente y muy extravertido.

2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA O DISOCIAL

El trastorno de la conducta (según DSM-5) o disocial (según CIE-10) se caracteriza por unos comportamientos persistentes y repetitivos que entran en conflicto manifiesto con las normas sociales establecidas o con los códigos de convivencia implícitos, como agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudes o robos.

Estos comportamientos suelen ser agresivos y retadores, esto es, la participación en estos actos es consciente y más grave de lo que cabe esperar por la edad, carácter o contexto en el que vive el individuo, pudiendo llegar a un incumplimiento graves de las normas.

El trastorno acaba por provocar daños en la actividad normal de la persona, manifestándose como un deterioro clínicamente significativo en sus actividades laborales y/o personales. Estos individuos suelen vivir en ambientes psicosociales desfavorables, tienen relaciones familiares no satisfactorias y/o se encuentran en situación de fracaso escolar.

La falta de empatía, en las personas más severas del trastorno, y las distorsiones en su interpretación de las intenciones ajenas les lleva a culpar a los demás de sus errores. También es manifiesta la ausencia de culpa, pudiendo utilizar ésta de forma instrumental, fingiendo sentirse culpable para evitar reprimendas.

En relación a su faceta impulsiva llama la atención su baja resistencia a la frustración y su rapidez para responder de forma agresiva ante cualquier molestia o sensación de desagrado, sin tener en cuenta las consecuencias de su reacción. También destaca su inconstancia, pudiendo cambiar de intenciones u opinión de un momento a otro. Finalmente, llama la atención las provocaciones que suelen llevar a cabo para provocar enfrentamientos, llegando a parecer que esto les satisface.

3. CLEPTOMANÍA, PIROMANIA Y TRICOTILOMANÍA

A continuación describimos estas tres categorías, consideradas por la CIE-10 en el apartado de los trastornos del hábito y del control de impulsos. El DSM-5 incluye la categoría dedicada a la tricotilomanía en el apartado de trastornos relacionados con el obsesivo-compulsivo.

3.1. Cleptomanía

El hurto patológico o cleptomanía se define por la manifestación de impulsos incontrolables que empuja a alguien a apropiarse de objetos ajenos e innecesarios para su uso personal o por su valor económico. La persona fracasa de forma reiterada en el intento de resistir dichos impulsos. Los objetos robados no se utilizan y suelen desecharse, regalarse o esconderse. La CIE-10 propone los siguientes criterios para su diagnóstico:

— Suelen describir una sensación de tensión emocional antes del acto y una sensación de gratificación durante e inmediatamente después. A pesar de que suele llevarse a cabo un cierto esfuerzo por esconderse, no se aprovechan todas las ocasiones para hacerlo.

-Robar es un acto solitario, que no se lleva a cabo con cómplices. Pueden existir episodios de robo en tiendas u otros locales, ansiedad, abatimiento y culpabilidad, lo que no impide su repetición.

3.1.1. Características clínicas

La cleptomanía no parece ser un trastorno frecuente, aunque puede que estas personas no acudan a la clínica para tratar su problema y que su prevalencia real sea mayor de la reconocida.

Sienten el trastorno como egodistónico, es decir, no querrían hacerlo y saben que cometen un acto equivocado o ilegal. También expresan que no tienen necesidad del objeto robado y que lo cogieron porque no podían evitarlo.

Cuando los episodios de cleptomanía son prolongados y frecuentes pueden ser arrestados, siendo habitual que lleguen a tener problemas familiares, legales, personales y profesionales.

Aunque la información es escasa, la bibliografía recoge la idea de que su frecuencia es mayor en mujeres. Un caso típico es la mujer con medios económicos suficientes a quien el trastorno le lleva a ir a los comercios y robar diversas cosas. Así, una paciente fue observada en numerosas ocasiones en tiendas y supermercados donde la conocían. Los responsables de los comercios optaron por llamar al marido y llegar con él al acuerdo de que les pagara los objetos en cada ocasión y ella no fuera denunciada.

3.1.2. Diagnóstico diferencial

Para diferenciar la cleptomanía de otras posibles circunstancias en las que pueden darse hurtos, es importante distinguir el motivo de los mismos.

Así, el trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza, entre otros rasgos, por el incumplimiento de las normas sociales. Por ello es frecuente que roben, aunque la diferencia radica en que el conjunto de su comportamiento tenderá a ser delictivo en diversas facetas y no sólo en el hurto.

En el robo ordinario existe la finalidad de conseguir un bien determinado para su uso, para sacar un partido posterior al objeto robado o por la necesidad del objeto sustraído.

En la esquizofrenia, la sintomatología positiva puede conllevar la escucha de voces que le ordenan que robe o que le quite algo a otra persona por su bien, o tener el convencimiento patológico de que debe obtener determinadas cosas o sucederá algo terrible.

3.2. *Piromanía*

Se caracteriza por un comportamiento reiterado de actos o intentos de prender fuego a propiedades u objetos sin motivo aparente, junto con una insistencia sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Puede también mostrarse un interés anormal por coches de bomberos u otros equipos de lucha contra el fuego, con otros temas relacionados con los incendios y en hacer llamadas a los bomberos.

La CIE-10 señala las siguientes pautas para su diagnóstico:

- Prender fuego repetidamente sin motivo aparente, como intereses económicos, venganza o extremismo político.
- Intenso interés en observar la combustión del fuego.
- Referencia a sensaciones de aumento de tensión antes del acto y de excitación emocional intensa inmediatamente después de que se ha llevado a cabo.

3.2.1. *Características clínicas*

Los pirómanos disfrutan con todo lo que rodea al fuego y sus consecuencias. Suelen ser consideradas personas que habitualmente tienen pocas habilidades sociales, así como dificultades en el aprendizaje. Este trastorno suele comenzar en la edad juvenil, disfrutando con los preparativos para la provocación del incendio y sintiendo fascinación por el fuego en sí mismo. También es habitual que una vez provocado el incendio se queden como espectadores, e incluso puedan colaborar e intervenir en la sofocación del mismo.

La conducta incendiaria del pirómano suele aparecer en forma de episodios en los que durante una etapa provocan varios incendios seguidos, para posteriormente pasar un período en el que estas conductas no tienen lugar. Respecto a su incidencia, parece ser mayor en hombres que en mujeres.

3.2.2. *Diagnóstico diferencial*

Durante la infancia es habitual que haya épocas en las que un niño normal juegue o experimente haciendo fuego con cerillas, mecheros u otros materiales, pudiendo incluso llegar a provocar un incendio. Sin embargo, esta conducta, a pesar de su peligrosidad, se considera normal dentro del desarrollo evolutivo y de descubrimiento del mundo en los niños.

Asimismo, hay que diferenciar la piromanía de la provocación de incendios cuando se obtiene algún tipo de beneficio económico. En este sentido, actuaciones como convertir un bosque en espacio para la explotación agrícola o ganadera o en un proyecto inmobiliario fingiendo diversos accidentes, no son considerados dentro de la piromanía.

En el retraso mental o en la demencia pueden darse comportamiento alterados en los que la provocación de un incendio formaría parte del trastorno mental.

Finalmente, el trastorno de la conducta o disocial en la infancia y adolescencia se caracteriza, entre otros comportamientos, por una destrucción deliberada de la propiedad de otras personas, pudiendo incluir la provocación de fuego con la intención de provocar daños, por lo que debe ser distinguido del acto pirómano.

3.3. Tricotilomanía

La tricotilomanía es el hábito de arrancarse pelos de cualquier zona del propio cuerpo. Las más afectadas suelen ser la cabeza, las cejas y las pestañas, aunque la posibilidad se extiende a zonas como las axilas o el pubis.

3.3.1. Características clínicas

La pérdida de cabello es apreciable debido al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancárselos. Tal comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión a la que sigue de una sensación de alivio o gratificación tras la extracción.

Este diagnóstico es incompatible con la existencia de una inflamación de la piel o de una idea delirante o a una alucinación en tomo a los pelos.

3.3.2. Diagnóstico diferencial

La tricotilomanía deberá diferenciarse de las siguientes condiciones:

- Períodos cortos en los que los niños se arrancan pelos.
- Sólo se considerará tricotilomanía si persiste en el tiempo. Alteraciones médicas que cursan con pérdida de pelo, provocando zonas de calvicie que recuerdan a este trastorno. Por tanto, en aquellos casos en los que las personas nieguen la extirpación de pelos, el médico deberá valorar la existencia de otros trastornos como la alopecia areata, el lupus eritematoso, el liquen plano folicular, la foliculitis depilatorias o la alopecia mucinosa. En el complejo de la esquizofrenia pueden aparecer comportamientos que incluyan el arrancarse o comerse pelos como respuesta a las ideas delirantes o a las alucinaciones.

4. OTROS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Otros trastornos del control de los impulsos podrían ser aquellos no contemplados en los apartados anteriores, como es el uso compulsivo-impulsivo de Internet, comportamientos sexuales compulsivos-impulsivos, pellizcarse de forma compulsiva o las compras compulsivas.

Respecto a lo que podría considerarse una adicción a Internet, muchos jóvenes y adultos describen que no sólo sienten una

compulsión y usan Internet de forma constante, sino que se refieren al espacio web como un nuevo ambiente social que reconocen perjudica las relaciones con quienes le rodean.

Una vez más, vemos aquí las similitudes entre estas categorías y la de trastornos relacionados con adicciones. ya que ambas categorías comparten la incapacidad para llevar a cabo determinada conducta. Especialmente en este último los límites son muy

débiles, ya que, por ejemplo, las compras compulsivas pueden llevar a una adicción a las compras donde se presente un aumento progresivo de las compras que puede identificarse como la tolerancia a las mismas, necesitando cada vez mayores «dosis» de compra e incluso un síndrome de abstinencia al no poder llevarlas a cabo.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Cómo explicarías que en España haya menos información sobre los trastornos del control de los impulsos?
2. Lee el siguiente artículo y reflexiona y debate con tus compañeros sobre diferencias de género, rasgos de personalidad y psicopatología en los trastornos del control de impulsos y en las adicciones: Margarita Ortiz-Tallo, Constanza Cancino y Sebastián Cobos (2011). *Juego Patológico, Patrones de personalidad y síndromes clínicos. Adicciones*, 23 (2), 339-347.

11

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS O TRASTORNOS SOMATOMORFOS

MA VICTORIA CEREZO

Los trastornos de síntomas somáticos se caracterizan, tal y como indica el DSM-5, por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental, es decir, no tienen una explicación médica. Estos síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y suelen ir acompañados de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con los síntomas.

Los trastornos somatomorfos se diferencian de los trastornos facticios y de la simulación en que los síntomas no están bajo control voluntario, es decir, no son intencionados. A su vez, se diferencian de los factores psicológicos que afectan al estado físico en que no existe una enfermedad médica que se pueda diagnosticar por completo con los síntomas físicos que manifiesta el paciente.

Siguiendo con la clasificación del DSM-5, los siguientes trastornos se englobarían en el grupo de los trastornos de síntomas somáticos (anteriormente denominados somatomorfos):

- Trastorno de somatización.
- Trastorno ansioso por enfermedad (anteriormente, hipocondría).
- Trastorno de conversión (trastorno de síntoma neurológico funcional).
- Factores psicológicos que afectan a la condición médica.
- Trastorno facticio.
- Trastorno de síntoma somático no especificado.
-

1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

A. L. es una mujer de 45 años que desde muy joven viene presentando quejas de dolor en distintas partes de su cuerpo, como en la cabeza, el pecho o la espalda, padece fuerte dolor menstrual regularmente y pesadez en las piernas, así como disfunciones fisiológicas variadas e intermitentes en el tiempo (mareos, debilidad física, fatiga, alteración del equilibrio, hinchazón abdominal, estreñimiento...). Lleva acudiendo a su médico desde hace tiempo y, en algunas ocasiones, ha sido derivada a diferentes especialistas, que no han formulado hallazgos que indiquen ni puedan explicar sus constantes padecimientos. Acude de nuevo a consulta con un dolor articular difícilmente objetivable.

Los trastornos de somatización se caracterizan esencialmente por presentar un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples, variables y clínicamente significativos que comenzaron y son persistentes desde hace varios años (al menos dos

años según la clasificación CIE-10). Dichos múltiples síntomas no pueden explicarse por una enfermedad médica conocida ni por los efectos de alguna sustancia. También es característico que el paciente presente respuestas excesivas o poco adaptativas a los síntomas somáticos. Se consideran diferentes grados de severidad del trastorno: ligero (presenta un síntoma del criterio 5), moderado (presenta dos síntomas del criterio B) y grave (dos o más criterios B, además de múltiples síntomas somáticos), siendo más graves cuantos más síntomas presente. Es evidente, por tanto, que dicho trastorno conlleve cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema del cuerpo, aunque suelen ser más frecuentes las molestias gastrointestinales (dolor, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, dolor, enrojecimiento, etc.). así como quejas sexuales y menstruales. En muchas ocasiones pueden estar presentes síntomas depresivos y/o ansiosos que pueden llegar a ser tan importantes que justifiquen un tratamiento específico para tales síntomas. El curso del trastorno suele ser crónico y fluctuante, acompañándose de afectaciones de la vida social y familiar, alterando las relaciones personales.

Estos síntomas dan lugar a la búsqueda de atención médica y ocasionan incapacidad importante en los diversos ámbitos de la vida de la persona. Un paciente que presenta trastorno de somatización ha seguido un extenso y dilatado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas, que al no determinar una enfermedad médica en concreto acaban derivando al psicólogo o psiquiatra. De hecho, según la clasificación CIE-10, la persona rechaza o mantiene una negativa persistente a aceptar las justificaciones médicas de que no existe una explicación somática para los síntomas. En caso de aparecer en el trascurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro social, laboral o de aspectos importantes de la actividad del individuo son mucho más acentuados de lo que cabría esperar de la misma. Estos síntomas no son producidos intencionadamente ni fingidos (diagnóstico diferencial con los trastornos facticios) ni explicables por una enfermedad médica o el consumo de sustancias. Esta clasificación también distingue, dentro del diagnóstico de somatización, trastorno psicósomático múltiple y trastorno de quejas múltiples.

Como consecuencia de las visitas médicas, es frecuente que estos pacientes sean consumidores de diferentes tipos de fármacos, presentando en muchas ocasiones dependencia o abuso de dichos medicamentos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Tradicionalmente, este trastorno se ha conocido como «síndrome de Briquet», ya que fue este médico quien lo definió en el siglo , en su libro sobre la histeria, considerándolo parte de ésta y del que destacaba como principal acepción la queja recurrente.

Criterios diagnósticos del transtorno de somatización (DSM-5) Deben cumplirse todos los criterios A. B y C para poder hacer el diagnóstico:

A) Síntomas somáticos: presencia de uno o más síntomas somáticos que son angustiantes y/o perturban significativamente la vida diaria de la persona.

B) Pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, relacionados con estos síntomas somáticos o inquietudes asociadas a la salud: al menos uno de los tres siguientes debe estar presente.

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes acerca de la gravedad de los síntomas que presenta.

2. Nivel persistentemente elevado de ansiedad por la salud o los síntomas. Dedicación excesiva de tiempo y energía a estos síntomas o problemas de salud.

C) Cronicidad: a pesar de que algunos síntomas no estén continuamente presentes, el estado sintomático es persistente (generalmente por encima de los seis meses).

Especificaciones:

- Dolor predominante (antes trastorno de dolor): esta categoría se reserva para individuos que presentan
- Predominantemente quejas de dolor y que satisfacen los criterios B y C de este diagnóstico. Algunos pacientes con dolor se adaptarían mejor a otros diagnósticos psiquiátricos, como trastorno de adaptación o factores psicológicos que afectan a una condición médica.
- Persistente: un curso persistente se caracteriza por síntomas somáticos de severidad, marcada debilidad y una larga duración (más de 6 meses).

2. TRASTORNO ANSIOSO POR ENFERMEDAD (ANTERIORMENTE Y EN CIE-10, F45.2 HIPOCONDRIA)

M. J. es una mujer de 35 años que trabaja en una biblioteca pública. Acude a consulta diciendo que tiene algo malo en la cabeza, en la zona occipital y en la parte lateral del cuello. Llama muy agitada y nerviosa pidiendo cita para lo antes posible, porque considera que su caso es muy urgente. Antes de su cita, llama un par de veces diciendo que se encuentra muy mal y preguntando si podrá ir a trabajar al día siguiente. Hace dos años tuvo un accidente de coche, en el que un conductor le dio un golpe por detrás y tuvo que llevar un collarín un tiempo, aunque los profesionales sanitarios que la atendieron le aseguraron que era por precaución, ya que sólo tuvo un leve esguince cervical «sin importancia». Según los informes de aquel accidente, la contusión no reviste gravedad, aunque ella insiste en lo contrario.

La manifestación más frecuente de la persona con trastorno ansioso por enfermedad, tradicionalmente denominado hipocondría, es la preocupación persistente de que padece o puede padecer una enfermedad orgánica importante debido a síntomas que experimenta, y a pesar de las reiteradas visitas y pruebas médicas descartando la misma. La característica esencial por tanto, y según la clasificación CIE-10, es la constante preocupación de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Es muy frecuente que el paciente valore sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos,

focalizando en ellos su atención, casi siempre centrada sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. Es posible que el paciente defina su trastorno y se refiera a él por su nombre, pero, incluso cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que pone sobre su trastorno suele variar de una consulta a otra. Es también bastante frecuente que el paciente presente comorbilidad con otros trastornos, como pueden ser ansiedad o depresión, pudiendo en ese caso generar diagnósticos adicionales.

Lo habitual es que este tipo de trastorno se presente antes de la edad de 50 años, así como que tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente sean crónicos, aunque con oscilaciones en su intensidad; se presenta tanto en hombres como en mujeres. Para poder diagnosticar trastorno ansioso por enfermedad, o lo que es lo mismo, según la CIE-10, trastorno hipocondríaco, no deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Además, según la CIE-10, en este trastorno se incluirían los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

La mayoría de los pacientes se sienten muy incomprendidos cuando se les deriva al psiquiatra; por eso permanecen en el ámbito de la atención primaria o varían mucho de especialistas, pues una de sus manifestaciones es la negativa insistente a aceptar las explicaciones reiteradas de los diferentes médicos de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática. La gravedad e incapacidad del trastorno es variable, ya que algunos pacientes pueden dominar y manipular su entorno cercano mediante sus síntomas, mientras que sólo una minoría puede mantener un comportamiento social casi normal.

Para el diagnóstico de trastorno ansioso por enfermedad o trastorno hipocondríaco, las clasificaciones DSM y CIE coinciden en que el temor a padecer un trastorno somático grave se enmarcaría dentro del trastorno ansioso por enfermedad, mientras que el miedo a enfermar derivado del temor a un posible contagio y el miedo a las intervenciones médicas se diagnosticarían como trastorno de ansiedad fóbica específica y no como un trastorno de síntoma somático.

Los estudios sugieren que los pacientes que padecen de hipocondría se podrían dividir en dos subgrupos distintos. En el primer subgrupo predominan los síntomas somáticos, los cuales son los que conforman la principal preocupación del paciente; este primer subgrupo vendría a representar al 75% de los pacientes con hipocondría. El otro subgrupo (que serían el 25% restante) estaría compuesto por pacientes con mínimos o escasos síntomas somáticos, que están altamente preocupados por ellos, ya que sospechan de la presencia de una enfermedad médica grave no diagnosticada. No obstante, según el DSM-5, el primer subgrupo estaría incluido en el diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos, mientras que el segundo sí que se consideraría dentro del trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de ansiedad por enfermedad está estrechamente relacionado con otros trastornos de síntomas somáticos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, pero se incluye en esta categoría por su estrecha relación con los trastornos de síntomas somáticos en cuanto a la presentación clínica, la fenomenología y las características cognitivas, afectivas y conductuales.

Criterios diagnósticos del trastorno
ansioso por enfermedad (anteriormente, hipocondría)

- A) Preocupación por tener o adquirir una enfermedad grave. Si existe otra condición médica o se tiene alto riesgo de desarrollar una enfermedad médica (por ej. eniplo. historia familiar determinante), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- B) Los síntomas somáticos no están presentes, o de estarlos son sólo de intensidad leve.
- C) Alto nivel de ansiedad sobre la salud y bajo umbral para alarmarse por ella.
- D) El individuo realiza excesivos comportamientos relacionados con la salud (por ejemplo, comprobaciones repetidas de los signos de la enfermedad), o evita excesivamente conductas adaptativas ante la enfermedad (por ejemplo, evitando las citas con médicos y hospitales).
- E) A pesar de que la preocupación específica puede no estar continuamente presente, el estado de estar preocupado es crónico (por lo menos seis meses).
- F) La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico, como el trastorno de síntoma somático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo-compulsivo.

Subtipos:

Subtipo de búsqueda de atención: individuos que buscan atención tienen tasas elevadas de utilización médica. Subtipo de evitación de cuidados: individuos evitativos que rara vez buscan atención médica, porque ver al médico y someterse a pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos aumentan su ansiedad a niveles intolerables.

3. TRASTORNO DE CONVERSIÓN (TRASTORNO DE SÍNTOMA NEUROLÓGICO FUNCIONAL)

M. H. es mía mujer de 26 años de edad que acude al hospital por pérdida repentina de la movilidad y fuerza de la mano derecha. Esta pérdida coincide con un accidente de trabajo en unos almacenes, en el que la paciente lesionó gravemente a un compañero, aunque se recuperó satisfactoriamente. Tras haberle realizado pruebas exhaustivas y estudios clínicos reglamentarios, se pudo descartar una enfermedad médica y se planteó el diagnóstico de trastorno de conversión.

Una de las características fundamentales del trastorno de conversión es la pérdida o alteración de funciones motoras o sensoriales que sugieren un trastorno físico, pero que no puede detectarse mediante pruebas diagnósticas habituales (radiografías, análisis, etc.) y que además están relacionadas con un acontecimiento o conflicto psicológico circunstancial o temporal. Es decir, no hay evidencias de base orgánica en la alteración o pérdida, pero sí una apreciable asociación con aspectos psíquicos, a pesar de que el paciente no es consciente de ello. Presentan numerosas manifestaciones, tales como ceguera, visión de túnel, parálisis, afonía, convulsiones, sordera, anestias... Los síntomas conversivos no son fingidos, ya que se manifiestan como respuestas involuntarias que escapan al control consciente del individuo.

La anestesia de guante es uno de los síntomas de conversión más representativos de este trastorno. En este caso, el paciente manifiesta falta de sensibilidad en la mano, desde la punta de los dedos hasta la muñeca. La anestesia de guante es muy indicativa de que el trastorno de conversión no se relaciona con un trastorno físico real, ya que el patrón de insensibilidad es muy preciso, lo cual no sería posible en personas que sufrieran un deterioro neurológico. Por otro lado, lo que se ha llamado la bella indiferencia sería otro dato a considerar para confirmar la presencia de trastorno de conversión. Cualquier enfermo con una enfermedad médica estaría consternado ante la pérdida de una función como la vista o la imposibilidad para moverse; sin embargo, una persona que manifieste trastorno de conversión se muestra generalmente indiferente y despreocupada ante la pérdida de dicha función. Por ejemplo, una estudiante universitaria puede manifestar mareos y déficit visuales y auditivos desde el domingo por la tarde hasta el viernes por la tarde, recuperándose repentinamente el sábado, presentando estas dolencias durante varias semanas. Ella está tranquila, mientras que a otras personas ello les supondría una gran preocupación desde la primera manifestación de los síntomas o déficit.

Otro criterio diferenciador entre trastorno físico y trastorno de conversión sería la consistencia en el patrón de los síntomas. Una persona con trastorno de conversión puede ver agravados sus síntomas cuando la situación es estresante y mejorarlos al sentirse libres de estrés; por ejemplo, una persona puede presentar parálisis en las piernas ante una toma de decisiones o ceguera previa antes de un examen importante, mejorando ambos síntomas cuando no está bajo esa presión.

Muchos pacientes son infradiagnosticados de trastorno de conversión debido a que normalmente no acuden al psicólogo, sino que sus dolencias son valoradas por diferentes médicos, ya que están seguros de que son de origen orgánico. Existe mayor riesgo de presentar este trastorno en aquellas personas que tienen una afección médica, un trastorno disociativo o un trastorno de personalidad.

Criterios diagnósticos del trastorno de
conversión (trastorno de síntoma
neurológico funcional)

- A) Uno o más síntomas o déficit que afectan funciones motoras voluntarias o sensoriales. Con o sin deterioro aparente de la conciencia.
- B) Existe evidencia clínica de inconsistencia interna o incompatibilidad con una enfermedad neurológica o médica reconocida.
- C) El síntoma o déficit no se explica mejor por la presencia de una enfermedad médica reconocida o de otro trastorno mental.
- D) El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren de una evaluación médica.

4. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A LA CONDICIÓN

MEDICA

A. G. es un hombre de 59 años que ha padecido un ictus cerebral hace tres meses, el cual le ha afectado al habla, le produce visión doble y le ha disminuido la capacidad de andar y moverse con soltura. Acaba de repetirle otro ictus que le ha afectado de la misma forma, con lo que está absolutamente decaído y decepcionado. Tenía costumbre de tomarse unas tapas con compañeros de trabajo todos los días antes de ir a comer a su casa, algo que llevaba haciendo 43 años, comía excesivamente y abusaba de grasas y alcohol, lo que le había llevado a tener un sobrepeso considerable, fumaba unos 25 cigarros diarios y su vida era muy sedentaria. El médico le recomendó un cambio radical en su vida, para convertirla en más saludable, y con mucho esfuerzo y pena A. G. deja el tabaco y deja de ir a tomarse las tapas después de trabajar, ya que coincide que está de baja laboral. Como consecuencia de su enfermedad y sus cambios de hábitos, A.G. ha comenzado a padecer depresión, no quiere acudir a ningún acto social y, en caso de relacionarse, se muestra abstraído durante las conversaciones con sus conocidos, no participa en ellas, estando como ausente. Tampoco quiere acudir a la rehabilitación logopédica ni tiene motivación por ninguna actividad. Dice sentirse muy apático y sin ganas de seguir viviendo. Su esposa acude a consulta psicológica porque no sabe cómo ayudarle, y A. G. no siente necesidad de acudir a la misma.

Diferentes estudios epidemiológicos recientes han demostrado que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de enfermedades como pueden ser la diabetes, el cáncer, alergias, asma, enfermedades cardiovasculares, etc. Dentro de estos factores psicológicos podemos hablar de estresores ambientales, diferentes estrategias de afrontamiento, conductas relacionadas con la salud y los cuidados de ésta, las características personales y los modos de reacción al estrés, entre otros. Es por ello que actualmente se considera una prioridad abordar los problemas

médicos con un enfoque psicológico, especialmente centrándose en aquellos factores que pudieran estar implicados en el desarrollo y evolución de la enfermedad.

Se podría decir que la mente y el cuerpo no constituyen entidades separadas, sino que están íntimamente interrelacionadas, por lo que la enfermedad debía ser considerada como un producto de esta interacción, lo que siempre implica aspectos psicológicos y somáticos, algo que se viene proponiendo desde la antigua Grecia por médicos como Hipócrates y Galeno, quienes otorgaban a las emociones un lugar crucial en cuanto a la salud del individuo. Sí que hay que destacar que este tipo de problemática psicosomática tomó forma con los planteamientos del modelo biopsicosocial, elaborado por Engel (1977), desde el que se plantea que la enfermedad física puede estar causada por la interacción de múltiples factores, como los sociales, los psicológicos y los biológicos. Esta aproximación representa un cambio con respecto a las posiciones reduccionistas biomédicas. Actualmente, la salud se considera como un proceso, y la enfermedad forma parte del mismo como elemento intrínseco. Por tanto, la salud debe considerarse como un estado más complejo, que incluye cierto grado de capacidad del organismo de mantener la armonía y el equilibrio entre las manifestaciones vitales, tanto en el propio organismo como con respecto a su ambiente. La manifestación básica de la salud sería, entonces, el funcionamiento de todas las manifestaciones vitales que contribuyen tanto a mantener como a desarrollar su existencia psicológica y socialmente.

A la hora de clasificar los factores psicológicos que afectan a la condición médica, en el DSM-5 se han incluido en la clasificación de los trastornos de síntomas somáticos porque en este tipo de trastornos encajan mucho mejor. Coinciden en las quejas somáticas frecuentes y recurrentes, ya que los factores psicológicos y/o comportamentales están influyendo en el curso de la enfermedad médica que presenta el paciente, como lo demuestra la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o retraso en la recuperación de la misma. De la misma forma, los factores psicológicos y/o comportamentales están interfiriendo en el tratamiento de la condición médica general, por ejemplo produciendo baja adherencia a los tratamientos o desencadenando síntomas secundarios añadidos a los síntomas que generalmente manifiesta la enfermedad. Asimismo, constituyen factores adicionales bien establecidos los riesgos para la salud de la persona. Estos factores psicológicos y comportamentales influyen en la fisiopatología subyacente, de manera que precipitan o exacerban los síntomas o hacen precisar atención médica adicional.

Si nos centramos en la gravedad que pueden llegar a ocasionar, podemos clasificarlos en cuatro niveles: el primero, factores que aumentan el riesgo de la enfermedad médica; por ejemplo, con una inadecuada adhesión al tratamiento o que ésta sea de forma inconsistente (un paciente hipertenso que no sea constante en la administración correcta de su tratamiento para la hipertensión); el segundo nivel de gravedad incluye los factores que agravan la condición médica subyacente (por ejemplo, un paciente que sea asmático y presente ansiedad, la cual agrava la condición médica); tercero, pacientes que requieran hospitalización o necesiten ser atendidos por urgencias; y, por último, el cuarto nivel sería el más severo, donde los factores psicológicos o comportamentales ponen en riesgo la vida del paciente (por ejemplo, un paciente que haya sufrido un ataque cardíaco y que no cambie su estilo de vida, haciendo caso omiso a las recomendaciones para estar alerta a partir de ahora).

Comentaremos brevemente las principales enfermedades en las que los factores psicológicos afectan a la condición médica.

Una de las enfermedades más relacionadas con el sistema inmune es el cáncer, ya que el sistema inmune constituye un elemento crucial para el control de esta enfermedad, pues se encarga de identificar y destruir los agentes cancerígenos antes de que invadan el organismo, así como identificar y destruir los tejidos cancerosos antes de que el ritmo de reproducción celular se acelere desmesuradamente.

Por otro lado, en cuanto al sida y a las personas portadoras del VIH, se puede concluir que las variables de carácter psicosocial, y en concreto los factores estresantes, pueden reactivar la seropositividad, incrementándose la posibilidad de ocurrencia del SIDA al originar una reducción en las respuestas inmunológicas. Los estresores psicosociales y las variables emocionales negativas, en combinación con estímulos patógenos, pueden estar en la base etiológica de la enfermedad. Asimismo, con respecto a las enfermedades de la piel, se ha relacionado el estrés y el brote o exacerbación de reacciones alérgicas en personas predispuestas. Los trastornos alérgicos y de la piel tienen un componente hereditario, que se puede denominar vulnerabilidad inmunológica, y sobre esta vulnerabilidad los factores estresantes pueden provocar cambios emocionales y de afrontamiento que pueden afectar a la eficacia de la función inmunológica. Se plantea que los trastornos de la piel pueden alterarse a través de mecanismos directos inducidos por la activación del sistema nervioso autónomo.

En cuanto a la artritis reumatoide, se plantea que el comienzo y el agravamiento de la enfermedad están relacionados con la presencia de acontecimientos estresantes. Los pequeños estresores predicen de forma más satisfactoria las fluctuaciones observadas en la enfermedad, aunque también existe consenso en que el comienzo de la artritis puede predecirse desde otros factores diferentes y/o adicionales al estrés.

Si hablamos de enfermedades infecciosas, podemos ver que constituyen un grupo heterogéneo de trastornos causados por virus, bacterias y hongos. Diferentes estudios analizan el papel que ejercen los factores psicológicos para incrementar la susceptibilidad del organismo, concluyendo que el estrés tiene relación con los trastornos de tipo infecciosos, asemejándose a la relación entre estrés y funcionamiento inmunológico. La susceptibilidad a la infección parece estar mediatizada por la función inmune predominantemente. Por ejemplo, el comienzo de infecciones respiratorias leves se ha asociado con situaciones psicológicas adversas.

Centrándonos en los trastornos cardiovasculares, algunos de los factores de riesgo cardiovascular se relacionan con hábitos de conducta y están influidos por procesos psicológicos como: la conducta tipo A, es decir, personas que tienen un afán intenso y constante por conseguir metas establecidas por el propio individuo, tendencia a la competitividad y una alta motivación de logro, que se implican en varias tareas y trabajos al mismo tiempo y tienen un estado de alerta permanente; el complejo ira-hostilidad-agresión, y el tipo de reacción interpersonal al estrés que tienen efectos negativos sobre la salud. En lo que respecta a los trastornos gastrointestinales, se ha demostrado que este sistema se relaciona muy estrechamente con los procesos psicofisiológicos asociados al estrés, mediado por la activación del sistema nervioso autónomo. Por ejemplo, se sabe que los sucesos vitales estresantes pueden contribuir significativamente a la etiología de la úlcera duodenal, asumiéndose que como respuesta al estrés incrementa la secreción de

ácidos, responsables del trastorno. Al igual que en el síndrome de intestino irritable, donde se plantea que los pacientes que lo sufren tienen alteraciones en la percepción del dolor o alteraciones en la transmisión del dolor visceral. Las características de la morbilidad del síndrome hacen que el paciente desarrolle una serie de comportamientos relacionados con sus síntomas, que son determinados por factores psicosociales. Si hablamos de los trastornos respiratorios, podemos observar cómo la respiración se relaciona estrechamente con los fenómenos psicológicos, en particular con aquellos que implican activación autónoma. Por ejemplo, el asma se ve influenciado por aspectos psicológicos que favorecen la inducción de padecer una crisis de asma, además de verse asociado a ciertas variables disposicionales (la ansiedad-rasgo y los estilos cognitivos) o bien trastornos psicológicos (como la ansiedad y la depresión), que ejercen una influencia notable en la evolución de la enfermedad. En lo que respecta a la diabetes mellitus, se plantea que el estrés puede incrementar los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de hormonas. Además, el estrés puede influir agravando la diabetes, alterando el metabolismo de la glucosa asociada al incremento de eventos negativos. Por último, el dolor crónico representa uno de los mayores problemas de salud en la actualidad. Constituye el principal motivo de demanda de atención médica y, en términos económicos, supone altos costos. A esto se deben sumar las interferencias que el problema ocasiona en la vida de las personas. Se plantea que el dolor disfuncional se caracteriza por la presencia de un desajuste psicofisiológico, que puede explicar su origen y funcionamiento médico (indicar cuál)

Criterios diagnósticos de los factores psicológicos que afectan a la condición

Para cumplir con los criterios de los factores psicológicos que afectan el estado físico. ambos criterios. A y B. son necesarios.

A) Una condición médica general (distinta a un trastorno mental) está presente.

B) Los factores psicológicos o conductuales afectan negativamente a la condición médica general de una de las siguientes maneras:

Los factores psicológicos o conductuales han influido en el curso de la enfermedad médica, como lo demuestra la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o retraso en la recuperación de la misma. Los factores interfieren en el tratamiento de la condición médica general (por ejemplo, con baja adherencia). Los factores constituyen riesgos adicionales bien establecidos para la salud de la persona. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente de la condición médica, de manera que precipitan o exacerban los síntomas, o influyen como para necesitar atención médica.

C) Los factores psicológicos o conductuales del criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (ejemplo: trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor o estrés postraumático).

5. TRASTORNO FACTICIO

V. S. es mía mujer de 20 años que acude a consulta tras un intento de suicidio. En la exploración y evaluación inicial se encuentra una historia infantil y adolescente de gran complejidad. Entre otras cosas, y centrándonos en su salud física, relata que en su infancia fue operada dos veces. En la primera de ellas, el dolor que presentaba era tan fuerte que los médicos decidieron abrirla para operarla de apendicitis. Sin embargo, sabe que la clínica (temperatura, analítica) no acompañaba el diagnóstico, según ha oído contar a sus padres. Nunca supo si le encontraron el apéndice en mal estado o no. Hubo otra operación posterior en la que le abrieron el abdomen, ante sus fuertes quejas, y su madre le cuenta que no pudieron identificar* la causa. Posteriormente reconoce haber hecho grandes esfuerzos para retener la orina, tanto que los médicos la sondaron en varias ocasiones y le hacían análisis de orina regularmente.

Recuerda asimismo haber ido al especialista en muchas ocasiones por problemas digestivos. Vomitaba con mucha frecuencia y sus padres estaban preocupados. Los médicos no le encontraban causa orgánica que justificara el cuadro. Fue tratada durante años para este problema médico. Ahora, en consulta, reconoce que se autoprovocaba los vómitos. Realmente dice que, llegado un momento, no necesitaba ni provocárselos, pues con la simple intención de vomitar lo conseguía inmediatamente.

Su infancia está marcada por sus frecuentes ingresos hospitalarios y sus visitas constantes al médico. En la actualidad expresa que ella cree que, en el fondo, tenía una buena salud física, pero que, sin embargo, no sabía cómo expresar su dolor psicológico.

El trastorno facticio se caracteriza por la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos. La sintomatología que presenta el paciente puede ser inventada (por ejemplo, cuando el paciente se queja de un fuerte dolor sin padecerlo), o puede ser autoinfligida (por ejemplo, en el caso de abscesos producidos por la inyección de saliva debajo de la piel); los síntomas pueden ser una exageración o exacerbación de un trastorno físico preexistente (por ejemplo, la simulación de un ataque de *grand mal* cuando se poseen antecedentes de crisis epilépticas), o puede ser una combinación o variación de todas las anteriores. Este trastorno también es conocido como el «síndrome de Munchausen», término acuñado por el médico Richard Asher en 1951, ideado a partir del personaje de la novela anónima titulada *El barón de Munchausen*.

Para que se diagnostique este trastorno, el paciente debe asumir totalmente el papel de enfermo, sin que haya incentivos externos que justifiquen los síntomas (como puede ser esperar una recompensa o ganancia económica, evitar responsabilidades legales o mejorar el bienestar físico, como en los actos de simulación). Las personas que presentan este trastorno por lo general explican su historia con un aire extraordinariamente dramático, pero en cambio son sumamente vagas e inconsistentes en el momento de dar detalles de su enfermedad. El paciente suele dejarse llevar por una tendencia a mentir incontrolable y patológica, que llama la atención del entrevistador y que se refiere a cualquier aspecto de su historia o síntomas. Estos pacientes suelen tener un amplio conocimiento de la terminología médica y de las rutinas hospitalarias. Son muy frecuentes las quejas de dolor y las demandas de analgésicos.

Las personas que padecen este trastorno suelen ser objeto de múltiples exploraciones e intervenciones quirúrgicas; sin embargo, no tienen apenas visitas cuando están ingresados en el hospital con diferentes dolencias. En ocasiones, es posible

sorprender al individuo en el momento en que produce sus síntomas facticios, e incluso que visite varios hospitales el mismo día. Cuando se les confronta con la evidencia de sus síntomas facticios, estos pacientes o bien los niegan o abandonan rápidamente el hospital, incluso en contra de la prescripción médica.

Se proponen varios subtipos: el trastorno facticio impuesto sobre sí mismo y el impuesto a otra persona (tradicionalmente llamado trastorno facticio por poder).

Para cumplir con los criterios para el trastorno facticio impuesto a uno mismo deben cumplirse los siguientes cuatro criterios:

- a) Existe una asociación entre la falsificación de los signos físicos o psicológicos o síntomas, o la inducción de la lesión o enfermedad, y el engaño identificado.
- b) El paciente se muestra ante los demás como deteriorado, enfermo o herido.
- c) El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias.
- d) El comportamiento anormal de la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante o un trastorno psicótico.

Para cumplir los criterios diagnósticos del trastorno facticio impuesto a otra persona (anteriormente, trastorno facticio por poder) es necesario que se cumplan los siguientes cuatro criterios, teniendo en cuenta que es el ejecutor, y no la víctima, quien recibe el diagnóstico:

- a) Existe una asociación evidente entre el engaño identificado y la falsificación de los signos físicos o psicológicos o síntomas o de la inducción de la lesión o enfermedad en el otro.
- b) Presenta al otro (la víctima) como deteriorado, enfermo o herido.
- c) El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias.
- d) El comportamiento anormal de la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante o un trastorno psicótico.

El hecho de que el trastorno facticio se categorice dentro de los trastornos de síntomas somáticos puede ser de gran utilidad para los profesionales médicos en el diagnóstico diferencial de los pacientes que presentan problemas persistentes relacionados con la percepción de la enfermedad, que a menudo muestran síntomas psicológicos y/o físicos inespecíficos y/o inexplicados. Al hacer un diagnóstico diferencial, es conceptual y pragmáticamente útil para grupos de trastornos que muestran un solapamiento diagnóstico con otros de la misma categoría. Esta agrupación será particularmente ventajosa cuando comparemos y contrastamos el trastorno facticio con el trastorno de conversión y, en menor medida, con el trastorno complejo síntoma somático.

Criterios para el diagnóstico de trastorno facticio F68.1 [300. xx]

- A) Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B) La persona se presenta a sí misma ante los demás como enferma, deteriorada o herida.
- C) El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas.
- D) El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Si nos centramos en la gravedad, podemos distinguir pocas medidas para determinarla, como ocurre con el trastorno de conversión. En el caso del trastorno facticio, podríamos distinguir diferentes niveles de gravedad, como podrían ser los siguientes:

1. Cuando los síntomas se presentan de manera aislada (por ejemplo, presentar sangre brillante en las heces).
2. Cuando el paciente manipula o modifica una prueba (por ejemplo-introduce sangre en una muestra de orina).
3. Cuando el paciente se muestra a sí mismo como enfermo.
4. Por último, el más severo, en el que el paciente realiza acciones para estar enfermo que ponen en riesgo su vida.

El curso de ser de uno generalmente comienzo de la primeros años frecuencia hospitalización identificable o los trastornos facticios puede o más episodios, pero es de carácter crónico.

El enfermedad tiene lugar en los de la vida adulta, y con coincide con alguna por una enfermedad física algún trastorno mental. En la forma crónica del trastorno las sucesivas hospitalizaciones se transforman casi en un verdadero estilo de vida.

El curso de sus hospitalizaciones les lleva a menudo a numerosas ciudades, estados y países. En cuanto a la prevalencia del trastorno facticio, existen pocos datos, al tratarse de una alteración que raras veces se diagnostica, porque es difícilmente identificable. Por otra parte, los casos que presentan la forma crónica pueden ser sobrevalorados, debido a que son tratados por médicos diferentes en hospitales también diferentes e incluso bajo nombres diferentes. El trastorno es en apariencia más frecuente en los varones.

El DSM-5 añade el trastorno facticio impuesto a otros, refiriéndose a la persona que falsifica o provoca síntomas o enfermedades en otros (niños, adultos o mascotas). El diagnóstico, en este caso, lo tendrá el perpetrador y no la víctima. La persona lesionada será considerada víctima de abusos.

6. OTROS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

En esta categoría diagnóstica se incluyen los siguientes trastornos: la pseudociésis, que consiste en tener una falsa creencia de estar embarazada que se asocia con signos objetivos y síntomas de embarazo; y otros trastornos de síntomas somáticos no clasificados en otras categorías.

Ejemplos serían los síntomas somáticos temporales, una enfermedad transitoria que curse con ansiedad, o comportamientos relacionados con la ansiedad que presentan poca salud física.

La pseudociésis es un trastorno poco frecuente, con características propias somáticas. Debido a su destacada presentación somática, la pseudociésis está incluida en esta sección de los trastornos de síntomas somáticos no especificados. La gravedad de este trastorno no está aún bien definida.

7. ETIOLOGÍA

Los trastornos de síntomas somáticos suelen tener en su mayoría causas desconocidas, aunque muy relacionadas con aspectos psicológicos. No obstante, existen diversas explicaciones para cada uno de ellos. Veamos cuáles son.

Desde hace décadas, algunas teorías tratan de ofrecer una explicación general válida para cualquier tipo de alteración somática, porque se está evidenciando cada vez más que las variables psicosociales pueden modificar de manera importante la función inmunológica. Se plantea que las situaciones estresantes, especialmente aquellos eventos relacionados con pérdidas, desempleo, divorcio o separación, son las que parecen ser capaces de producir decrementos en la inmunocompetencia, manifestadas a través de cambios cualitativos y cuantitativos en las células natural killers y en los linfocitos T y B, y, al igual que en situaciones de estrés agudo se observa un incremento de cortisol. Existe una asociación entre la depresión y el efecto inmunosupresivo.

Si comenzamos con el trastorno de somatización, hay estudios que han encontrado una asociación entre algún trauma pasado que la persona no ha resuelto y la manifestación de síntomas somatomorfos, así como ocurre en otros trastornos, como el trastorno de estrés postraumático: por ejemplo, hay estudios que han examinado la relación entre mujeres que han padecido abuso físico y sexual que presentan síntomas gastrointestinales inexplicados. A nivel biológico, parece que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores, lo que indica que hay cierta hiperactividad de la zona cerebral que controla el umbral del dolor, haciendo que la persona sea más sensible a estímulos dolorosos.

Sobre el trastorno ansioso por enfermedad, las posibles causas más habituales son la interpretación errónea de síntomas (por ejemplo, recibir información de la propagación alarmante de una enfermedad, como sucedió con la gripe A), así como haber tenido experiencias traumáticas relacionadas directa o indirectamente con el padecimiento de una enfermedad grave por parte de algún familiar o amigo cercano, especialmente si dicha enfermedad ha podido causarle la muerte, o el hecho de haber padecido una enfermedad durante la infancia, en particular si fue una enfermedad grave.

Con respecto al trastorno de conversión, ecológicamente, Freud propuso en 1856 que la energía psíquica asociada con deseos e impulsos inconscientes inaceptables podría

convertirse en síntomas somáticos. La conversión sería causada, según explica este autor, por la ansiedad que surge de los conflictos inconscientes que se producirían al necesitar expresar un impulso instintivo y al temor de hacerlo. El síntoma de conversión sería la manifestación de un deseo prohibido, según los psicoanalíticos. Parece, por tanto, que los síntomas del trastorno de conversión pueden resultar de un conflicto psicológico, ya que generalmente comienzan de manera repentina después de una experiencia estresante.

Por último, se desconocen las causas por las que aparece el trastorno facticio, aunque se habla de una posible combinación de factores biológicos y psicológicos, como pueden ser haber padecido una enfermedad temprana y sufrido abuso o rechazo de los padres, obtener alguna gratificación a través del dolor, o identificarse con alguien que tuvo una enfermedad. También se puede considerar la influencia de ciertos factores de riesgo que puedan aumentar la probabilidad de un trastorno facticio, como pueden ser tener un trastorno de personalidad (por ejemplo, un trastorno límite de la personalidad), haber tenido problemas graves durante la infancia (por ej emplo, psiquiátricos), o haber estado o estar hospitalizado o institucionalizado.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. ¿Cómo podemos hacer para que los pacientes comprendan que presentan un trastorno de síntomas somáticos? ¿Qué estrategias utilizarías para hacerles comprender su problemática?
2. ¿Qué tipo de situaciones pueden llegar a provocar conflictos emocionales que se manifiesten físicamente? ¿Por qué razones crees que se cronifican la mayoría de estos trastornos?
3. ¿Cuáles son las causas por las que tardan a veces mucho tiempo en diagnosticar los trastornos de síntomas somáticos? ¿Qué hace que los pacientes busquen ayuda o atención médica y no psicológica?
4. ¿Cómo se pueden prevenir los trastornos de síntomas somáticos? ¿Existe algún modo de poder evitar este tipo de trastornos?

12

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

MARGARITA ORTIZ-TALLO

Los trastornos disociativos hacen referencia a todas aquellas alteraciones psicopatológicas que conllevan fallos en la memoria, la conciencia, la identidad y/o la percepción, la emoción, la representación corporal, el control motor y/o el comportamiento.

En la quinta versión del DSM se reseñan tres categorías fundamentales: el trastorno de identidad disociativo, la despersonalización/desrealización y la amnesia disociativa.

En todos estos trastornos, en lugar de experimentarse las situaciones como una sucesión continua, las realidades quedan aisladas de otros procesos mentales con los que normalmente se asociarían. Así, cuando se produce una fragmentación de la identidad se tratará de un trastorno de identidad disociativo, cuando es una percepción la alterada será una despersonalización, y cuando los recuerdos estén mal integrados se tratará de una amnesia disociativa (Spiegel, 2005).

Veamos cada uno de ellos más detenidamente. Veamos cómo puede desarrollarse.

1. TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

El trastorno de identidad disociativo es conocido también con el nombre de personalidad múltiple. Durante años se les ha atribuido a las personas con este diagnóstico una posesión diabólica, en parte por su forma frecuente de aparición acompañada de convulsiones físicas. A pesar de ser un diagnóstico polémico, sigue siendo considerado de interés en los manuales de referencia y en las clasificaciones oficiales. Al estar íntimamente ligado a experiencias infantiles traumáticas, es muy posible que sea en sociedades en guerra y en ambientes muy dolorosos para un niño donde hay más probabilidad de encontrar este diagnóstico.

1.1. Desarrollo y concepto

Alba tiene 35 años y ha estado casada durante cuatro años. Tuvo un hijo que actualmente vive con su padre, porque así lo han acordado.

Desde que recuerda, en su vida adulta ha estado en tratamiento psicológico y psiquiátrico. Los terapeutas no se han puesto de acuerdo en el diagnóstico durante mucho tiempo. Le han diagnosticado, en distintos momentos, trastorno bipolar, trastorno de personalidad límite y esquizofrenia.

Los problemas empezaron desde niña, pues nunca se ha sentido como las demás. Era «rara», sentía y percibía cosas que las demás niñas consideraban extrañas. En el colegio su rendimiento fue muy desigual: hubo cursos que obtuvo notas brillantes y otros en los que suspendía. En realidad, los cambios también ocurrían dentro del mismo curso escolar. Los profesores decían que tenía muchos vaivenes y que era muy inestable. Alba dice tener períodos de su vida de los que no tiene ningún recuerdo. Tiene miedo de estar

loca. Ha intentado suicidarse dos veces en momentos de desesperación, pero en el último momento se arrepiente. Quiere vivir.

De pequeña vivía con sus padres y con su hermano mayor. Se llevaba 14 años con él. Ella fue una hija inesperada y tardía. Sus padres trabajaban juntos en una empresa familiar y Alba pasaba muchas horas en casa con su hermano. En realidad, con su hermano y con los amigos de éste.

Recientemente, y tras el último intento de suicidio, le han diagnosticado un trastorno de identidad disociativo. Le han dicho que es como si tuviera varias personalidades dentro de ella. Esto no le extraña, porque siempre nota en su cabeza pensamientos y conversaciones que no sabe a qué atribuir. A veces, cuando está muy triste y deprimida, algo o alguien toma el control de sus actos. El otro día, cuando recogió a su hijo, le dijeron que había estado muy bien y muy calinosa con él. Sin embargo. Alba no recuerda ni siquiera el haberlo recosido.

Tampoco recuerda nada de su boda. Ha visto fotos, pero tiene en nebulosa ese día. Comprende que Pablo decidiera separarse, porque había muchos días en los que no era capaz de preparar nada en casa. El trabajaba fuera del hogar y ella no. Debía preparar la comida y recoger la casa, pero no sabe muy bien por qué había días que cuando su marido volvía a casa ella no había hecho nada. Unas veces sabe que no tenía fuerzas y otras no recuerda lo que le ocurría.

Sus padres han fallecido hace cinco años y parece que. desde entonces, está todavía peor. En terapia ha empezado a recordar algunas cosas muy desagradables. Tiene que ver con las veces que se quedaba con su hermano en casa cuando era pequeña y venían sus amigos. Sólo sabe que le produce mucha angustia tratar de recordar y que se bloquea cuando lo intenta. La psicóloga le ha dicho que es posible que abusaran de ella. Tiene imágenes y recuerdos breves que le producen mucha angustia. Recuerda con malestar cuando su hermano y los amigos veían películas y después le decían que fuera a jugar con ellos. No cree que quiera recordar más en estos momentos.

1.2. Características clínicas

La clínica de este trastorno es muy llamativa para clínicos e investigadores. Nos encontramos con la coexistencia en la misma persona de dos o más identidades distintas. La novela titulada *Sybil*, basada en un caso real de la psicoanalista Cornelia Wilbur, describe hasta 16 personalidades distintas, en las que algunas son femeninas y otras masculinas (Schreiber, 1973). La transición de una personalidad a otra es frecuentemente repentina, pero generalmente asociada a alguna situación conflictiva o angustiada para el paciente. Pero también puede cambiar de una personalidad a otra de manera gradual. La personalidad original suele mostrarse más sumisa y dependiente, y habitualmente hay otra personalidad que se enfrenta a los conflictos de manera más dominante y agresiva. Ambas personalidades presentan conflicto, aunque sean de signo opuesto.

Veamos algunas características clínicas habituales:

Alteraciones de la memoria. Existe una amnesia evidente para el clínico acerca de episodios o épocas amplias de la vida del paciente.

Síntomas depresivos. Su malestar es habitual que curse con síntomas depresivos en una o en varias de las personalidades.

Ansiedad. Acompaña al cuadro formas variadas, tales como ansiedad generalizada, crisis de ansiedad y estrés postraumático.

Ideas de suicidio. El malestar es tan profundo que no es infrecuente que deseen morir para dejar de sufrir o que lleven a cabo intentos autolíticos.

Comportamientos agresivos. Es frecuente que alguna de las personalidades se muestre agresiva. En primer lugar hacia sí misma o hacia otra de sus personalidades, autoagrediendo. En segundo lugar, y con menor frecuencia, hacia otros, temiendo que éstos puedan hacerle daño.

Somatizaciones. Su malestar se traduce en gran parte a través de somatizaciones como convulsiones, síntomas de conversión (cegueras sin causa orgánica, etc.) y dolores físicos.

1.3. Criterios diagnósticos

El DSM-5 plantea los siguientes criterios:

a) Interrupción de la identidad caracterizada por dos o más identidades de personalidad o por una experiencia de posesión. Esto implica marcada discontinuidad en el sentido de sí mismo y en la seguridad en sí mismo, acompañada de alteraciones relacionadas con el afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción y la cognición, o con alteraciones sensoriales y motoras. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otros o relatados por el individuo.

b) Lagunas recurrentes de memoria sobre eventos cotidianos, información personal importante y/o eventos traumáticos que son incompatibles con un olvido ordinario.

c) Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

d) La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. {Nota: En los niños, los síntomas no son atribuibles a compañeros de juego imaginarios u otro juego de fantasía}

e) Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, desmayos o comportamiento caótico durante la intoxicación de alcohol) o de otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Especificar si:

Tiene prominentes convulsiones no epilépticas y/o síntomas motores o sensoriales (funcionales neurológicos).

La CIE 10 clasifica esta alteración dentro del apartado Otros Trastornos disociativos, dándole así un lugar secundario y considerándolo un trastorno de rara aparición. Lo define como: «la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única». Aclara que: «En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina, pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra, y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación o hipnosis».

2. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACIÓN

La despersonalización supone una sensación de extrañeza, como si la persona se viera desde fuera o como si estuviese alejada de sí misma. En la desrealización es el entorno el que se percibe como extraño. Son sensaciones que, en grado menor, y sin que afecte a la vida de la persona, se puede tener en algunos momentos de la vida. La diferencia es que cuando se trata de una alteración patológica altera la vida de la persona y le produce un profundo malestar (Moreno-Mitjana, 2004).

2.1. Desarrollo y concepto

María estaba asustada. Tenía desde hace irnos días una extraña sensación de irrealidad, como si estuviera sonando. Además, no podía concentrarse para estudiar, ni siquiera podía leerse los apuntes. ¿Se estaría volviendo loca? Hacía unos días había estado en urgencias con un dolor muy agudo en el pecho. Desde entonces se sentía como si estuviera viviendo una película y no fuera su propia vida. Hacía las cosas como un autómeta. Estaba muy asustada.

2.2. Criterios diagnósticos

- a) La presencia persistente o recurrente de despersonalización, desrealización o de ambas:
1. Despersonalización. Experiencias de irrealidad, de distanciamiento o de ser un observador extemo con respecto a los propios pensamientos, sentimientos, sensaciones, el cuerpo o acciones (por ejemplo, irreal o ausencia de autoevaluación, alteraciones perceptuales, adormecimiento emocional y/o físico, sentido del tiempo distorsionado).
 2. Desrealización. Experiencias de irrealidad o distanciamiento con respecto al entorno (por ejemplo, las personas o los objetos son experimentados como irreales, en un sueño, sin vida o visualmente distorsionados).
- b) Durante las experiencias de desrealización y/o de despersonalización el sentido de realidad permanece intacto.
- c) Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento.
- d) La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamentos) o de otra condición médica (por ejemplo, convulsiones).
- e) La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

3. AMNESIA DISOCIATIVA

La amnesia disociativa supone la incapacidad repentina para recordar información personal importante y que pueda ser explicada a partir de un olvido normal. Suele aparecer como respuesta directa a alguna situación conflictiva para la persona. Estas situaciones pueden ser cuestiones sentimentales de importancia, presiones económicas o una información que le cause demasiado dolor a la persona como para poder enfrentarse a ella de manera inmediata.

Por lo general, la amnesia suele desaparecer cuando se le recuerda o se le enfrenta a la situación que la desencadenó.

3.1. Desarrollo y concepto

Luis estaba fuera de la ciudad por motivos laborales. Se encontraba trabajando en el ordenador junto con su compañero y amigo Juan. En la pantalla apareció el aviso de un e-mail cuya remitente era su mujer, algo que no era habitual. Lo abrió rápidamente delante de su compañero pensando que pudiera ser urgente. El e-mail decía: «Amor mío, necesito verte hoy. Quiero estar contigo pronto. Te recuerdo constantemente. Mi marido estará hoy fuera. Nos vemos donde siempre a las 7 h. Te quiero».

Ambos amigos, Luis y Juan, se miraron y se quedaron callados. Ninguno de los dos hizo un comentario al respecto.

Unas semanas después de este episodio Luis le cuenta a su amigo que encuentra a su mujer rara y que no sabe qué le puede estar pasando. Juan le

recuerda el episodio que vivieron juntos, en el que recibió el e-mail de su mujer y en el que da por supuesto que se lo envió a él por equivocación. Le pregunta si han hablado sobre ello. Luis le dice que a qué e-mail se refiere, que no recuerda nada. Juan comprueba con estupor que parece sincero en su afirmación. Por extraño que parezca, no recuerda el e-mail de su mujer que pudieron leer ambos.

3.2. Criterios diagnósticos

a) Una incapacidad para recordar información autobiográfica importante, generalmente de carácter traumático o estresante, que es incompatible con un olvido ordinario. [Nota: Hay dos formas principales de amnesia disociativa:

- 1) localizada o amnesia selectiva para un determinado evento o eventos, y
- 2) amnesia generalizada de la identidad y de la historia de la vida].

b) Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento.

c) La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo alcohol, drogas o un medicamento), de un problema neurológico o de otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas, un trastorno amnésico u otros trastornos cognitivos).

d) La alteración no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de somatización o por un trastorno neurocognitivo grave o leve.

Especificar si:

Existe fuga disociativa: viaje con propósito o vagar desconcertado.

4. OTROS TRASTORNOS DE LA CIE-10

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se añaden los siguientes tipos de trastornos disociativos que a continuación enumeramos, junto a su definición.

4.1. Trastornos de trance y de posesión

Se presenta un «ataque» parecido a una posesión, en la que la persona se muestra durante el episodio como si fuera otra persona o como si estuviera poseída por un espíritu. Habitualmente se acompaña de movimientos y expresiones peculiares.

Según la CIE-10: «Hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y, a menudo, se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación) de ceremonias religiosas o culturales aceptadas» (CIE-10).

4.2. Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria

La sintomatología que destaca es la pérdida o alteración del funcionamiento motor (parálisis parciales o completas, movimientos corporales descoordinados y/o pérdida de equilibrio). Asimismo, puede aparecer una afonía o disfonía importante que no le permite hablar. El cuadro sugiere un trastorno físico, pero éste no es detectable por ningún procedimiento médico habitual y, además, su aparición se relaciona con algún estresor psicológico.

Según la CIE-10: «Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Pueden presentarse distintos tipos y grados de falta de coordinación de movimientos (ataxia), en particular de las piernas, dando lugar a extraños modos de andar o a la incapacidad de permanecer en pie sin ayuda (astasia-abasia). Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo. Incluye: afonía psicógena y disfonía psicógena» (CIE-10).

4.3. Convulsiones disociativas

Son movimientos espasmódicos parecidos a los que se producen durante los ataques epilépticos. La diferencia fundamental es que en las convulsiones disociativas no

hay pérdida de conciencia, rara vez hay daños en las caídas y es infrecuente la incontinencia urinaria.

Según la CIE-10: «Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en las convulsiones disociativas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance» (CIE-10).

4.4. Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

En todos los casos de pérdidas sensoriales disociativas el denominador común es que la disfunción no puede explicarse por lesiones neurológicas.

La más frecuente es la anestesia de la piel de una parte del cuerpo (cara, mano, pies, dedos, etc.). En relación a la vista, puede darse una pérdida de visión que frecuentemente se trata de pérdida de agudeza visual, visión borrosa o visión en túnel. En relación al sentido del oído, la sordera disociativa es la menos frecuente.

Según la CIE-10: «Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más bien relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también una discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias.

La pérdida de la visión es rara vez total y las perturbaciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa en general o una "visión en túnel". A pesar de las quejas de pérdida visual, la movilidad general del enfermo y las funciones motrices aisladas suelen estar sorprendentemente bien conservadas.

La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos frecuentes que la pérdida de sensibilidad cutánea o de la visión» (CIE-10).

5. ETIOLOGÍA

Las experiencias disociativas han sido asociadas a diferentes variables explicativas, aunque la mayoría de ellas están relacionadas con impactos emocionales o experiencias traumáticas tempranas. Veamos algunas de estas variables que pueden explicar la etiología:

1. *El apego desorganizado.* La función más importante que cumple la relación de apego entre los padres y el niño está relacionada con la respuesta a situaciones de estrés, de tensión o de peligro. Ante una situación peligrosa para el niño, éste acude a sus figuras de apego para sentirse seguro. Si los padres no están o no le apoyan, bien sea a través de negligencia emocional o comportamientos verbales negativos (maltrato emocional), o a través de comportamientos físicos indeseados (maltrato físico) y sexualización (abuso sexual), el niño se encontrará en una situación compleja, ya que las personas que tienen que cuidarle son a su vez las fuentes de estrés, de tensión o de peligro. Esto le podría llevar a desarrollar una disociación (Baita, 2004; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder y Bianchi, 2006; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008).

2. *El trauma como causa.* Hay muchos autores que establecen una estrecha conexión entre la disociación y el concepto de trauma (Baita, 2004; Spiegel, 2005). Los trastornos disociativos de la identidad, y la fuga o la amnesia disociativa, actuarían así a modo de defensa ante acontecimientos traumáticos. Se trataría, por tanto, de

mecanismos psicológicos de defensa, en los que se inhiben del conocimiento consciente recuerdos, sentimientos y percepciones asociados a algunas experiencias muy dolorosas, como ciertas catástrofes, tragedias o accidentes y, más frecuentemente, a traumas psicológicos vividos durante la infancia.

3. *Disgregación del self ante el estrés*. El proceso de disociación sería un intento de preservar alguna forma de control y seguridad frente al estrés desbordante, aunque a su vez se produzca una pérdida de control de determinadas funciones psicológicas y físicas. Se construye el sentido de uno mismo (self) o el sentido de continuidad personal a través de la memoria y de la integración de distintas experiencias bajo un sistema superior de identidad personal. Sin embargo, cuando se produce una incidencia grave para la persona, como por ejemplo experiencias traumáticas, se desencadena una reorganización defensiva en la que el self se construye separando ciertos elementos de la conciencia.

4. *Desconexión cerebral*. La disociación sería el resultado de una falta de conexión entre diferentes partes de la conciencia o memoria, que da lugar a un estado de conciencia diferente al normal.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Trata de argumentar los distintos diagnósticos que le han dado a Alba a lo largo de su vida (caso 1 de este capítulo). Realiza el diagnóstico diferencial entre cada uno de ellos: trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad y trastorno de identidad disociativo.
2. Reflexiona acerca de las teorías explicativas de los trastornos disociativos y debate con tus compañeros acerca de ellas.

13

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES

Ma DEL MAR CAMPOS MARGARITA ORTIZ-TALLO

Actualmente, los trastornos relacionados con las adicciones se contemplan desde una perspectiva biopsicosocial. ya que en ellas confluyen diferentes aspectos médicos, psicológicos y sociales.

A lo largo de su historia el ser humano ha empleado diferentes sustancias, y su adicción a alguna de ellas lo ha acompañado desde antiguo. Con el desarrollo tecnológico y científico del hombre, en los últimos años han destacado nuevas adicciones. Algunas siguen ligadas a sustancias, como las de «diseño» que derivan química o industrialmente de las ya conocidas, y otras son adicciones sin sustancias relacionadas con el comportamiento, como el juego patológico.

En el presente capítulo trataremos en profundidad aquellos trastornos que según el DSM-5 se relacionan con las adicciones. como son las drogodependencias. el alcoholismo y el juego patológico, este último contemplado desde el año 2013. estando anteriormente considerado en el DSM-IV-R dentro de los trastornos del control de los impulsos.

A continuación se expondrán los modelos que intentan explicar el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo y de las adicciones sin sustancias.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA ADICCIÓN

Según Gossop (1989). los elementos característicos de una adicción son:

- a) Imponente deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo una conducta particular, sobre todo cuando la oportunidad para realizar la conducta no está disponible.
- b) Deterioro en la capacidad para controlar dicha conducta, especialmente en su comienzo, mantenimiento o nivel en que ocurre.
- c) Sensación de malestar y alteración del estado de ánimo cuando cesa la conducta o no es posible realizarla.
- d) Mantenimiento de la conducta, a pesar de la evidencia clara de graves consecuencias indeseadas.

Como se ha podido comprobar, esta categoría diagnóstica comparte determinados puntos con los trastornos de control de impulsos, como la pérdida del control sobre la conducta y una incidencia negativa que interfiere con la vida del individuo. Sin embargo, en el caso de las adicciones hay que considerar la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia comunes a todas ellas, medien o no sustancias. Explicaremos estos conceptos más adelante.

Finalmente, cabe destacar dos aspectos importantes como son la politoxicomania o poliadicción, esto es. que una conducta adictiva no suele estar aislada, sino que es habitual que en una misma persona se presenten varias al mismo tiempo. Esto es muy

común en el abuso de drogas, donde el consumo no suele restringirse a un solo tipo de sustancia. También hablaremos de la comorbilidad médica, psicológica o psiquiátrica.

2. DROGODEPENDENCIAS

El consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, ha aumentado de forma considerable en las últimas décadas. Veamos a continuación algunas de ellas.

2.1. Sustancias más consumidas

Las sustancias más consumidas durante los últimos veinte años se clasifican en la tabla 11.1.

TABLA 11.1
Características de las sustancias más consumidas

Tipo de sustancia	Nombre	Presentación	Consumo	Principales efectos	Características de la abstinencia
Estimulantes	Cocaína	Polvos	Esnifada Intravenosa	Euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperalerta, aumento de la confianza en sí mismo y de la comunicación verbal, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Alto grado de dependencia psicológica.	Intensa con disforia, dolores gastrointestinales, <i>craving</i> , depresión, trastorno del sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia.
	Anfetaminas	Tabletas Cápsulas Polvos	Oral	Estado de ánimo elevado, disminución de la sensación de fatiga y el apetito.	Agotamiento, somnolencia, aumento del apetito, depresión, irritabilidad, aislamiento social, etc.
	Éxtasis (MDMA)	Tabletas Cápsulas Polvos	Oral	Estado emocional positivo, aumento de la energía, euforia, locuacidad, disminución del sueño y del apetito e hipersensibilidad sensorial.	Efectos residuales: insomnio y anorexia, sin dependencia física.

Depresores	Opiáceos Heroína	Pólvos	Intravenosa Fumada Esnifada	El primer consumo cursa con náuseas, vómitos y disforias, tras lo cual aparece un aumento del estado de ánimo, sensación de plenitud, euforia, analgesia y depresión respiratoria. Un signo muy característico es una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler). Produce niveles altos de tolerancia, con rápida dependencia, que convierte la búsqueda de la siguiente dosis en el centro de la vida del adicto.	Tras 8 horas del último consumo. Alcanza su máxima expresión a los 2-3 días y desaparece a los 7-10 días. Cursa con lagrimeo, bostezos, rinorrea y diarrea posterior, dolor articular, aumento de la frecuencia respiratoria, vómitos, midriasis (dilatación pupilar) y pérdida de peso. A las 36 horas pueden aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos y sudoración, taquicardia, aumento de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño.
------------	---------------------	--------	-----------------------------------	---	---

Perturbadores de la visión de la realidad	Cannabis	Hachís (mayor poder adictivo) Triturado seco Aceite	Fumada	Dos fases, la primera de estimulación con euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad, seguida de una fase de sedación, con relajación y somnolencia. Puede aparecer una distorsión del espacio y el tiempo, risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Su consumo a largo plazo se asocia a dificultades en la atención, la memoria, de procesamiento de la información y psicomotrices.	Puede aparecer anhedonia, disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención o problemas de memoria. Tanto estos síntomas como los de intoxicación remiten aproximadamente a las cuatro semanas de abstinencia.
---	----------	---	--------	--	---

LSD	Diversas formas (tabletas, cápsulas, etc.)	Oral	Cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo sin pérdida de memoria, confusión o desorientación espacio-temporal. Produce una rápida tolerancia. El contenido de las alucinaciones tienen que ver con las expectativas del consumidor. Pueden aparecer reacciones adversas, conocidas como <i>un mal viaje</i> , que pueden cursar con un episodio de pánico agudo, alucinaciones desagradables, miedo o psicosis.	No existen evidencias de síndrome de abstinencia. La tolerancia desarrollada desaparece tras varios días después del último consumo. Un riesgo importante del consumo es el denominado <i>flashback</i> , que consiste en revivir lo experimentado durante el consumo; puede suceder pasado un tiempo tras la ingesta, pudiendo suponer un peligro considerable para la persona.
-----	--	------	---	--

En relación a otras drogas cuyo uso está menos extendido actualmente, puede verse información más amplia en Bobes, Casa y Gutiérrez (2011), u on-line en la web de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) en www.fad.es. entre otros.

2.2. Dependencia

El consumo de una sustancia puede llevar a la dependencia. En relación a la incidencia del consumo de drogas en España, y a pesar de la dificultad para conocer la prevalencia real, una amplia encuesta domiciliaria llevada a cabo por el observatorio español de la droga y las toxicomanías publicada en 2011 señala que en 2009 las drogas más extendidas y consumidas en España eran el alcohol y el tabaco. En el caso de las sustancias ilegales, las más consumidas eran el cannabis y la cocaína en polvo, representando un 10.6 % y 2.6 %, respectivamente, del total del consumo, seguidas por el éxtasis con un 0.8 %.

La dependencia deriva de un uso excesivo de la sustancia, que provoca consecuencias negativas significativas durante un largo período y que a pesar de ello se mantiene. También puede ocurrir que haya un consumo continuado episódico o concentrado los fines de semana.

2.3. Tolerancia y síndrome de abstinencia

La tolerancia es el proceso por el cual una persona que consume una determinada sustancia siente la necesidad de incrementar dicho consumo para poder conseguir el mismo efecto que tenía al principio. Relacionada con esta tolerancia farmacológica destacan la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La tolerancia conductual o tolerancia condicionada consiste en el efecto que una sustancia tiene en el individuo a través del aprendizaje o de los estímulos ambientales que forman el contexto en el momento de la autoadministración. En este aspecto, también influyen las expectativas o el estado de ánimo de la persona, que pueden modificar la intensidad de los efectos. Por otro lado, la Tolerancia cruzada se refiere a la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia debido al consumo continuado de otra. Un ejemplo es el abuso conjunto de alcohol y barbitúricos.

Cabe señalar aquí también el concepto de neuroadaptación, entendido como un proceso homeostático por el cual, ante un uso continuado de una sustancia, las células neuronales tratan de recuperar el nivel de funcionamiento anterior al consumo. Según Pereiro (2005). éste sería el motivo de la aparición del síndrome de abstinencia al dejar de consumir la droga

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que presenta la persona dependiente de una sustancia cuando cesa el consumo de la misma de forma brusca o la cantidad consumida es insuficiente. Suele aparecer a las pocas horas del último consumo. Sus características, intensidad y duración dependen del tipo de sustancia. Este cuadro de abstinencia está directamente relacionado con el mantenimiento de la conducta adictiva y la recaída.

2.4. Definición y criterios diagnósticos

Por su parte, el DSM-5. en el capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias, divide éstos en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias. y trastornos inducidos por sustancias. En el primero de ellos, el DSM-5 presenta diez tipos de sustancias distintas. Para definir el tipo de consumo de cada una de las sustancias plantea en cada caso un continuo de severidad del trastorno en función del número de criterios que cumpla, entre un total de 11 para cada sustancia. La severidad queda definida como leve (2-3 criterios), moderada (4-5 criterios) y severa (6 o más criterios). No presentamos cada uno de los criterios para cada sustancia, porque excedería el objetivo de este capítulo.

En la categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación de diferentes drogas, el síndrome de abstinencia de cada una de ellas y la posibilidad de que cualquier otra sustancia medicamentosa induzca un trastorno mental.

La CIE-10 (OMS. 1992) señala el síndrome de dependencia, o simplemente dependencia, como «un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de una de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida de los síntomas de la dependencia en comparación con lo que sucede con individuos no dependientes».

Para la OMS el diagnóstico de dependencia de una droga sólo puede realizarse si durante algún momento de los últimos 12 meses, o de un modo continuo. se han cumplido tres o más de los siguientes criterios:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras veces para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos. /) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales de salud física, salud mental, deterioro cognitivo. etc.

2.5. Aspectos relevantes del proceso de dependencia

Al campo de la psicopatología clínica le interesa la etiología de las drogadicciones, en el sentido de comprender aquellos factores psicológicos implicados en el proceso de desarrollo de una adicción que permitan explicar tal conducta de consumo. Sin embargo,

al ser una conducta compleja, en la que también influyen factores biológicos y sociales, el modelo para explicar y abordar esta problemática deberá ser también biopsicosocial.

Junto con lo anterior, destacan dos conceptos ya mencionados anteriormente: factores de riesgo y factores de protección frente al desarrollo de adicciones. Un factor de riesgo se define como «un atributo o característica personal, situacional o contextual que aumenta la probabilidad de uso o abuso de drogas». Por otro lado, los factores de protección se definen como «un atributo o característica individual, condición situacional o contextual que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas». En Becoña (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, Madrid: Plan Nacional sobre drogas. puede verse un esquema exhaustivo de aquellos factores de riesgo y protección familiares, del entorno e individuales que se han mostrado más relevantes.

El paso del uso a la dependencia de una sustancia es un proceso que cuenta con diferentes etapas. Para Becoña (2002). éstas son:

1. *Previa o de predisposición*, donde se contemplan diferentes factores de riesgo y protección biológicos, psicológicos y sociales frente al consumo de drogas.

2. *Conocimiento*. Consiste en un acercamiento y conocimiento, en primera o segunda persona, de la sustancia y sus efectos. Esta fase está muy ligada a la disponibilidad de la sustancia en el entorno del sujeto.

3. *Experimentación e inicio al consumo*. Esta etapa puede darse o mantenerse en la anterior sin consumir más allá del primer contacto. Aquí juegan un papel importante los diferentes factores de riesgo y protección en el consumo de drogas, sobre todo en la etapa de la adolescencia e inicio de la edad adulta, edades en las que suele comenzar el consumo, según el Plan Nacional sobre drogas de 2008.

4. *Consolidación*. Aquí se pasa del uso al abuso y a la posterior dependencia. En esta fase puede darse un aumento del consumo de la misma sustancia o el paso al consumo de sustancias más peligrosas.

5. *Abandono o mantenimiento*. Requiere el reconocimiento por parte del individuo de que las consecuencias negativas del consumo superan a las positivas. Es en este punto donde los tratamientos juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la abstinencia.

6. *Posible recaída*. En el proceso de abandono no debemos olvidar que existe el riesgo de que la persona que ha sido dependiente vuelva a consumir. Esto es habitual y deberemos contemplarlo como una etapa más en el proceso de abandono. Muchos profesionales plantean que tales recaídas son inevitables y que las intervenciones deben centrarse en que estas recaídas estén cada vez más alejadas en el tiempo, siendo los periodos de abstinencia más prolongados.

2.6. Características clínicas: un caso clínico

Los padres de Miguel, de 36 años, acuden desesperados por el consumo de cocaína «y a saber qué más» de su hijo. Sus padres señalan en la primera visita que no saben qué más hacer por él: «Comenzó a pedirnos dinero hace un tiempo (aproximadamente 6 meses), poco al principio. Nos decía que le habían bajado el sueldo y que no le llegaba para los gastos y le creímos, pero cada vez nos pedía más y esto nos extrañaba. Llegó un momento en el que sólo aparecía por casa para pedirnos dinero, y si le hacíamos algún

comentario o le preguntábamos por su novia enseguida se ponía agresivo e incluso alguna vez llegó a levantarle la voz a su padre, algo impensable».

Miguel acude a consulta empujado por sus padres. Es licenciado en derecho, y trabaja como asesor y contable en una pequeña empresa local. Es soltero, y vive solo desde hace 5 años, aunque hasta hace unos 9 meses vivía con la que fue su pareja. Gema. Miguel relata que hace un año aproximadamente empezó a tener mucha responsabilidad en el trabajo, que cada vez le estresaba más y le exigía más tiempo. Esto comenzó a provocar problemas con Gema: «Todos los días era una discusión, hasta que empezamos a dejar de hablarnos: compartíamos casa, pero cada vez la cosa iba a peor». Parece sentirse culpable cuando relata cómo «en vez de intentar solucionar los problemas con Gema me dediqué a salir con mis amigos para olvidarme de todo, necesitaba desconectar como fuera. Mis amigos consumen con relativa frecuencia, pero controlan, y me pareció que no podía hacerme daño. Ellos se lo pasaban bien y yo quería olvidarme de esta sensación de callejón sin salida como fuera». Miguel comenzó a consumir. Primero sólo cuando salía de vez en cuando, y después más a menudo, hasta que el consumo se volvió parte de su rutina diaria. A los 2-3 meses de comenzar el consumo, la que era su pareja «lo pilló» y decidió dejar la relación tras una fuerte discusión, donde ella expresó su malestar por el comportamiento y frecuentes salidas y «lamentable» estado en el que se encontraba. «Llegué a levantarle la voz e incluso tiré alguna cosa al suelo: la desesperación me podía, casi no me reconozco». Desde entonces el consumo ha ido a más. ya no tengo freno, he llegado a perseguir a Gema para pedirle que vuelva conmigo. Sólo me corto en el trabajo y cada vez me cuesta más...». Actualmente considera que tiene dependencia. «Después de una seria conversación con mis padres intenté dejarlo y no pude... Mi jefe me ha llamado la atención porque tengo muchos despistes. Ya hemos tenido problemas por más de uno de mis olvidos. Soy incapaz de organizarme como antes, me enfado y grito por cualquier cosa. Veo que mi vida se está desmoronando, ya ni mis amigos quieren estar cerca de mí. No quiero acabar tirado en la calle, pero casi no me da para llegar a fin de mes. si no fuera por mis padres... No puedo dormir, me cuesta mucho despertarme, mi vida es un desastre completo y no sé cómo empezar a arrestarla...».

3. ALCOHOLISMO

El alcohol es una droga con efecto depresor sobre el sistema nervioso capaz de provocar cambios en el comportamiento. Es de absorción rápida y alcanza su máximo sobre los 45-60 minutos tras su consumo, en función del tipo de bebida y de si la persona ha comido. El sexo también influye, siendo las mujeres las que presentan signos de intoxicación con más facilidad.

En España, en los últimos años, en el consumo de alcohol habitual se han introducido la cerveza y destilados de importación. También ha cambiado el patrón de consumo, alejándose de la forma clásica mediterránea, con dosis bajas pero diarias de vino, y asemejándose al consumo anglosajón basado en altas dosis de bebidas con alta graduación con el único objetivo en muchas ocasiones de alcanzar con rapidez un estado de embriaguez (Becoña y Calafat. 2006: Lorenzo. 2005).

A diferencia del tabaco, el alcohol puede consumirse sin perjuicios para la salud. Yendo más allá, la mayoría de sus consumidores no presentan signos de abuso o

dependencia. Sin embargo, el alcohol se presenta como una de las causas de muerte prematura más importante.

La APA considera que la dependencia al alcohol es una enfermedad en la que los estados afectivos patológicos, el procesamiento cognitivo disfuncional y hábitos rígidos estereotipados desarrollados durante años de consumo de alcohol, llevan a manifestar comportamientos limitados y desadaptativos (APA. 2013). El DSM-5. en el apartado dedicado a los trastornos relacionados con el alcohol, presenta la siguiente clasificación: trastorno por uso de alcohol, intoxicación por alcohol, síndrome de abstinencia, otros trastornos inducidos por el alcohol y trastornos relacionados con el alcohol inespecíficos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adicción al alcohol se caracteriza por un consumo repetido que, al actuar como sustancia psicoactiva, hace que el consumidor se intoxique periódicamente o de forma continua, mostrando un deseo compulsivo de beber y con una enorme dificultad para interrumpir o modificar voluntariamente dicho consumo.

La CIE-10 diferencia varios conceptos: dependencia de alcohol (alcoholismo crónico), consumo perjudicial (abuso de alcohol), intoxicación alcohólica aguda, abstinencia de alcohol, delirium por abstinencia de alcohol y otros trastornos inducidos por el alcohol. A continuación describiremos sus criterios para el alcoholismo crónico o dependencia al alcohol:

- Dependencia del alcohol: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de alcohol, incluyendo:
 - Deseo intenso de consumo de alcohol.
 - Dificultades para controlar el consumo.
 - Persistencia en el consumo, a pesar de las consecuencias dañinas.
 - Mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones.
 - Aumento de la tolerancia.
 - Sintomatología de abstinencia cuando baja o cede el consumo.

3.1. Definición y criterios diagnósticos

Deben presentarse al menos tres de las siguientes manifestaciones, más de un mes, o en repetidas ocasiones al menos durante doce meses:

1. Deseo intenso o sensación de compulsión a beber alcohol.
2. Disminución de la capacidad de controlar el consumo, en cuanto se inicia el mismo, o las cantidades consumidas, con cantidades mayores o durante más tiempo del deseado, o deseo persistente, o esfuerzos por reducir el consumo sin éxito.
3. Cuadros fisiológicos de abstinencia, cuando se reduce o cesa el consumo: temblor, ansiedad, insomnio, agitación, náuseas, vómitos, crisis convulsivas, etc. las cuales se tratan de paliar consumiendo alcohol.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos del alcohol, como necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
5. Preocupación por el consumo de alcohol, con abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés, a causa del consumo de alcohol: o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir, obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la bebida.

6. Consumo persistente de alcohol a pesar de los daños que le producen al individuo, de manera que no lo abandona de forma voluntaria, a pesar de saber que le está perjudicando (no conciencia de enfermedad).
7. Puede ser con consumo continuo, episódico o intermitente.

3.2. Características clínicas

El alcoholismo es una patología grave que tiene severas consecuencias en la vida física, psicológica y personal. El alcohólico suele acudir a consulta por imperativo familiar. Habitualmente se siente culpable por beber y por los problemas que esto ha causado a su alrededor, como dificultades en sus relaciones, problemas laborales e incluso problemas de salud.

Probablemente habrá intentado disminuir el consumo en numerosas ocasiones sin éxito, manifestando poca capacidad para controlar el efecto que el alcohol tiene en su vida.

Es habitual también que cuente con un historial amplio de fracasos en diferentes ámbitos, social, laboral, etc.. y que haya sufrido intoxicaciones durante períodos prolongados, con pérdida de consciencia. También es común que niegue su problema durante mucho tiempo, hasta que la situación es ya insostenible para quienes le rodean. Pueden presentar malestar en forma de ansiedad o depresión.

4. ADICCIONES SIN SUSTANCIAS

Las adicciones sin sustancias comparten todas aquellas características que hemos mencionado respecto a las adicciones a las drogas, pero con determinados matices. Por ejemplo, en el concepto de tolerancia, en vez de consumir mayor cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos, la persona ha de recurrir a aumentar la cantidad de tiempo que dedica a dicha conducta para conseguir los mismos efectos.

Asimismo, las conductas adictivas son sustancias provocan graves consecuencias en la vida de la persona dependiente en sus parcelas física, personal, familiar, laboral y social.

Entre estas adicciones comportamentales, en la quinta edición del DSM encontramos el juego patológico. La adicción a la comida, al sexo y al amor romántico, al trabajo, a las compras, a la televisión, a los videojuegos, al ordenador, a Internet y a los teléfonos móviles, entre otras, no han sido consideradas por el DSM-5 por entender que todavía no hay suficiente investigación empírica que permita desarrollar criterios diagnósticos y considerar estas adicciones trastornos mentales.

5. JUEGO PATOLÓGICO

5.1. Consideraciones generales

Los sistemas de clasificación actuales. DSM-5 y CIE-10. hacen sus opciones para agrupar los diferentes trastornos psicológicos. Así. en este apartado ha habido algunos cambios recientes. El juego patológico, clasificado como un trastorno del control de impulsos en la anterior versión del DSM. ha sido incluido en mayo de 2013 en los trastornos relacionados con las adicciones.

El trastorno del juego patológico fue incluido por primera vez en el sistema de clasificación como un trastorno mental y del comportamiento en el año 1980. cuando la Asociación Americana de Psiquiatría lo introduce en la clasificación del DSM-III. Así. desde el año 1980 hasta 2013 ha estado clasificado como un trastorno del control de impulsos y actualmente ha pasado a ser considerado un trastorno adictivo. aspecto en el que muchos investigadores y clínicos están de acuerdo.

El juego es una actividad común, de contenido lúdico. que puede servir para fines de ocio y entretenimiento en los adultos. En el niño es un elemento clave para su desarrollo evolutivo y cumple, por tanto, una importante función vital.

Sin embargo, el tipo de juego que preocupa y ocupa a los estudiosos de la ludopatía se diferencia del juego lúdico en que trae graves consecuencias a la persona (personales, sociales, laborales y económicas), y que en muchas ocasiones son juegos de azar y/o juego de apuestas. La persona tiene que exponer una cantidad variable de dinero o de bienes, con la esperanza de ganar una suma siempre mayor, y pierde el control acerca del desarrollo del mismo y de los resultados. Se conviene en una preocupación constante y en una necesidad urgente de jugar, y en un impulso que no puede resistir y que sólo puede liberar llevando a cabo la conducta de jugar.

Hay juegos en los que el azar se combina con la destreza o competencia del jugador. Así. los juegos de cartas, dominó, dados, juegos de casino, etc.. se consideran activos porque implican más al jugador, al tener que poner en marcha habilidades y estrategias. Existen, por tanto, determinados tipos de juegos que. por sus características, tienen un potencial mayor para producir la adicción en una persona predispuesta.

En relación a la incidencia del juego patológico según el sexo, destacamos que en todas las investigaciones existentes el porcentaje de varones es siempre mucho más amplio que el de mujeres. Para algunos autores, esta gran diferencia podría deberse a que las mujeres solicitan tratamiento más tarde, debido a su resistencia para acudir a tratamiento, ya que tendrían una mayor presión familiar para la ocultación del problema. Para algunos clínicos en la misma línea, podría deberse al hecho de que los hombres reciben más ayuda por parte de los familiares para acudir a rehabilitación, y por tanto las mujeres con problemas están poco representadas en los Centros de tratamiento donde realizan las investigaciones.

5.2. Características clínicas y diagnóstico

Desarrollo de un caso

Juan era consciente de que su relación con el juego era complicada. Llevaba tiempo teniendo una «doble o triple vida». Por un lado, las horas que pasaba jugando. Lo hacía en el bar con la máquina tragaperras durante todas las mañanas. Por la tarde iba al bingo y, cuando podía, al casino. Por otro lado, tenía que disimular en casa y en el trabajo. En casa tenía fuertes discusiones casi todos los días. Su mujer decía que estaba harta de que llegara de tomar copas todos los días tarde: a ella le decía que venía del trabajo, que tenía mucho que hacer y que el jefe le mandaba cosas siempre a última hora: en el trabajo decía que tenía que ocuparse de su mujer, que tenía problemas de movilidad. A veces ya ni se acordaba cuál era la mentira que había contado el día anterior. Ya le habían pillado varias veces. Era corredor de seguros y le debía dinero a varios compañeros. Pero lo más complicado estaba siendo devolver a la empresa el dinero de los clientes. Procuraba que le pagaran los seguros en mano para poder coger prestado el dinero. Esperaba esa semana ganar al bingo, pues tenía la sensación de que esa semana ganaba seguro, y con eso podría reponer todo. Ya le habían dicho que no le daban ningún anticipo más en el trabajo. En casa había dicho que llevaban varios meses sin pagarle, que se lo pagarían pronto. Le preocupaba el recibo de la luz, porque la última vez se ofreció a ir a pagarlo y se gastó el dinero en las máquinas. Le preocupaba un poco que llegara una carta con el aviso de corte de la luz. Tenía que estar pendiente del cartero. Quería llamar a un antiguo compañero de colegio y pedirle dinero prestado. Estaba seguro de que con una cantidad pequeña conseguiría un bingo acumulado. Tenía la sensación de que esta semana saldría del apuro, pues había varias opciones más: estaba a punto el premio extraordinario en la tragaperras.

5.3. Definición y criterios diagnósticos del DSM-5

El juego patológico se define por un comportamiento de juego desadaptativo y duradero en el tiempo, que lleva al individuo a una serie de alteraciones en su vida personal, familiar y laboral.

El DSM-5 establece para el diagnóstico dos criterios (A y B):

- | |
|--|
| <p>A) Un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cuatro (o más) de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesita jugar con cantidades crecientes de dinero para lograr la emoción deseada. 2. Está inquieto o irritable cuando intenta reducir o detener el juego. 3. Ha hecho repetidos esfuerzos infructuosos para controlar, reducir o detener el juego. 4. Está frecuentemente preocupado con el juego. 5. Juega, a menudo, cuando siente tristeza. 6. Después de perder dinero en los juegos de azar, a menudo vuelve otro día para recuperarse. 7. Miente para ocultar el grado de implicación con el juego. 8. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o carrera por los juegos de azar. 9. Se apoya en otros para proporcionarse dinero que le permita salir de la desesperada situación financiera causada por los juegos de azar. <p>B) El comportamiento no se explica mejor por la presencia de un episodio</p> |
|--|

maníaco.

Este criterio hace hincapié en el diagnóstico diferencial. La práctica del juego de azar puede aparecer durante episodios maníacos de los trastornos bipolares, sm que esto suponga el diagnóstico de ludopatía como entidad independiente.

Para la mayoría de los investigadores y de los clínicos en contacto con el problema, el juego patológico está frecuentemente asociado a la existencia de un diagnóstico dual en el que coexisten alteraciones de la personalidad y sintomatología clínica diversa (Echeburúa y Fernández-Montalvo. 2008: Kerber. Black y Buckwalter. 2008: Ortiz-Tallo. Cancino y Cobos. 2011. Ortiz-Tallo. Blanca y Ferragut. 2012: Petry. Stimson y Grant. 2005). Una de las explicaciones de esta alta comorbilidad podría explicarse porque hubiera rasgos de personalidad previos que pueden predisponer a las personas a determinada sintomatología clínica, entre ellas al juego patológico o a otras adicciones. Tómese como ejemplo el trastorno antisocial de la personalidad. Conocer los factores que influyen en que se desencadene el trastorno, especialmente sus rasgos de personalidad, nos proporciona información relevante para el pronóstico y para el tratamiento de las personas con adicción al juego. En general, en las investigaciones al respecto el perfil de mayor frecuencia del jugador es el de varón, con rasgos de personalidad patológicos o trastorno de personalidad, siendo el antisocial uno de los trastornos encontrados de forma más frecuente. Los síndromes o problemas clínicos añadidos son variados: ansiedad, depresión, alteraciones del sueño... Pero destacan como importantes el abuso de alcohol y drogas (Ortiz-Tallo. Blanca y Ferragut, 2011).

Veamos un poco más a fondo algunos trastornos asociados:

— Trastornos de personalidad. El estudio realizado por nuestro equipo de investigación, con una amplia muestra de jugadores patológicos en Málaga, mostró que los patrones de personalidad con mayor frecuencia fueron los de dependiente, obsesivo-compulsivo, antisocial y narcisista (Ortiz-Tallo. Cancino y Cobos. 2011).

— Abuso de alcohol. Según la evidencia empírica, un porcentaje considerable de personas con problemas con el juego tienen también dificultades con el alcohol (Blażczynski y Nower. 2002: Janiri. Martijot. Daño. Schifano y Bria. 2007: Junéñez-Murcia et al., 2010). En nuestro estudio comentado con anterioridad fue el trastorno clínico más asociado al juego patológico (Ortiz-Tallo et al.. 2011). Ambas conductas suelen aparecer en un mismo ambiente: bares, casinos y tragaperras son lugares en los que la accesibilidad al alcohol es fácil, cuando no inducida. Aparte de constituir un serio obstáculo a la hora del tratamiento, deben tomarse como trastornos que requieren terapias simultáneas, debido al efecto de retroalimentación que ejercen una sobre otra: el consumo de alcohol baja el nivel de consciencia del sujeto y hace que disminuya el estado de alerta ante el juego, y la actividad de juego se asocia a la conducta de beber.

— Abuso de drogas. Por razones similares a la del alcoholismo, puede aparecer como trastorno asociado a la ludopatía. El consumo de sustancias psicoactivas ayuda a conseguir el grado de excitación deseado en el ludópata. En el estudio referenciado en Málaga fue el segundo trastorno clínico más asociado (Ortiz-Tallo et al.. 2011).

— Ansiedad, Este trastorno clínico es el tercero que aparece con una mayor frecuencia en nuestro estudio (Ortiz-Tallo et al.. 2011). La mayoría de las investigaciones

lo destacan como trastorno asociado. Aunque para algunos equipos de investigación, como el de Limares. Santos. Camacho. Albiach y Palau (2003). de la Unidad de Conductas Adictivas del Departamento de Salud en la Comunidad Valenciana, la alta frecuencia de la ansiedad se puede deber principalmente a la toma de conciencia del problema durante el tratamiento o cuando acuden a él. ya que es el momento en el que suelen recogerse los datos de los jugadores en las distintas investigaciones.

6. ETIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

Como señalamos al comienzo del capítulo, las adicciones han de entenderse desde un punto de vista bio-psico-social desde su origen, desarrollo y mantenimiento, y hasta su tratamiento. Si algo se puede concluir de su causalidad es que es multifactorial. donde los factores genéticos, biológicos, psicológicos, socio familiares y culturales interaccionan entre sí para crear una predisposición que. acompañada de posibles condiciones desencadenantes en el entorno, dan lugar al desarrollo de un problema adictivo. Así. se entiende la adicción como el producto de una predisposición a un trastorno de abuso generada por causas múltiples que interaccionan entre sí. sumándose a las experiencias circunstanciales que las desencadenan, esto es. el contacto con la sustancia o comportamiento concreto.

Esta perspectiva se aleja de la visión más clásica, que atribuía las causas de la adicción a las características o propiedades de la sustancia concreta, considerando cada adicción como un problema independiente. Esta nueva visión propone que las diferentes adicciones serían expresiones de un mismo problema. La literatura científica lleva años respaldando esta nueva forma de entender la etiología de las adicciones. Es el caso, por ejemplo, de los estudios neurobiológicos. los cuales señalan que las adicciones parecen no ser tan independientes entre sí como se pensaba, sino que sugieren que una adicción concreta puede ser la expresión o el síntoma de una entidad subyacente común al que denominarían síndrome adictivo. Por su parte, la creciente investigación sobre las adicciones a sustancias apoyan también esta perspectiva, restando protagonismo al papel del elemento adictivo en el proceso de desarrollo de la adicción (Shaffer et al.. 2004).

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Propuesta de debate: crear dos grupos en clase, uno a favor de considerar las adicciones como manifestaciones de un síndrome común y otro a favor de las características del potencial adictivo de cada droga.
2. Busca las características de las adicciones sin sustancias, elabora ejemplos y reflexiona sobre las características en común con las adicciones a sustancias.

14

TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y ESTRESORES

Ma ADELA CHECA ANA Ma REGUEIRO

Todos nosotros, a lo largo de nuestra vida, estamos expuestos a experimentar situaciones estresantes o traumáticas de mayor o menor intensidad, desde aquellas puntuales a otras repetidas a lo largo de los años, desde las naturales a las provocadas por otras

personas, accidentales o intencionales, sufridas por nosotros mismos o por otras personas.

Si el agente estresor es muy extremo (abuso sexual, catástrofes naturales, terrorismo, etc.) podemos empezar a manifestar síntomas que se pueden encuadrar en trastornos como el trastorno por estrés postraumático o el trastorno por estrés agudo. Si estos acontecimientos no son tan fuertes, pero sí más prolongados en el tiempo (cambio de domicilio, pérdida de trabajo, separación), pueden producir síntomas menos intensos que van a requerir que pongamos en marcha una serie de estrategias de afrontamiento para poder adaptarnos a esos cambios: hablaríamos entonces de trastornos de adaptación.

En este capítulo vamos a desarrollar estos trastornos de manera conjunta, ya que todos ellos van a aparecer a raíz de experimentar alguno de estos agentes estresores.

1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El DSM-III (1980) redefinió el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como una entidad diagnóstica principal dentro de los trastornos de ansiedad. Este trastorno surgió bajo la influencia de la presión social desencadenada por las severas alteraciones psiquiátricas presentadas por los veteranos de la guerra de Vietnam.

Se caracteriza por una serie de síntomas no específicos y que aparecen en un individuo como consecuencia de la exposición a estresores traumáticos con amenaza vital grave y riesgo objetivo para la integridad física, junto con la percepción subjetiva de miedo intenso y atribución de incapacidad personal para afrontar el acontecimiento.

Mucha gente se siente desconsolada, deprimida, ansiosa, culpable y enfadada después de una experiencia traumática. Además de estas reacciones emocionales comprensibles, en el TEPT existen cuatro tipos principales de síntomas:

1. *Síntomas de reexperimentación*: flashbacks y pesadillas. Uno puede encontrarse reviviendo el suceso una y otra vez. Esto puede ocurrir en forma de reexperimentaciones por el día o pesadillas durante el sueño. Estas pueden ser tan reales que uno se siente

como si se estuviera viviendo la experiencia de nuevo. Uno puede verlo en su mente, pero también se pueden sentir las emociones y sensaciones físicas de lo que ocurrió: miedo, sudoración, olores, sonidos, dolor... Eventos cotidianos pueden desencadenar flashbacks. Por ejemplo, si se tuvo un accidente de coche con lluvia, un día de lluvia podría provocarlo.

2. *Evitación y embotamiento*. Como puede ser terrible revivir la experiencia una y otra vez. uno Tiende a distraerse. Se puede mantener la mente ocupada en alguna actividad agradable, trabajando muy duro o pasando el tiempo absorto en crucigramas. Se evitan los lugares y a las personas que recuerdan el trauma, y se trata de no hablar de ello. Uno puede lidiar con su dolor Tratando de no sentir nada en absoluto, consiguiendo casi una insensibilidad emocional. Puede comunicarse menos con otras personas y restringir sus actividades y vida social.

3. *Estado «de guardia»*. Se encuentra alerta todo el tiempo, como si estuviera buscando el peligro. No puede relajarse. Esto se llama «hipervigilancia». Puede sentirse ansioso y que le cueste dormir. Otras personas pueden notar que está nervioso e irritable.

4. *Alteraciones en las cogniciones*, estado de ánimo y comportamientos. El sujeto piensa de forma muy negativa sobre sí mismo, el mundo que le rodea y el futuro, se siente culpable y es incapaz de tener sentimientos de felicidad o emociones positivas, por lo que no disfruta igual que antes. Su forma de comportarse puede cambiar y empezar a manifestar conductas agresivas, ya que está muy irritable, o también puede comportarse de forma imprudente o temeraria.

1.1. Criterios diagnósticos del DSM-5

A) *La persona ha estado expuesta a: muerte, o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:*

1. 2. Experimentar uno mismo el acontecimiento. Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro. Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo. Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo, personal de emergencias que recoge partes de cuerpo: agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil, etc.).

B) *Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático* (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican más (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes reincidentes, e involuntarios e intrusivos.

2. Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y/o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento.

3. Reacciones disociativas (por ejemplo. flashbacks) en las que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno).

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5. Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

C) *Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático* (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:

1. Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
2. Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

D) *Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo* que se asocian con los acontecimientos traumáticos (iniciados o empeorados después del acontecimiento Traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático.
2. Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro.
3. Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros acerca de la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
4. Estado emocional negativo generalizado (por ejemplo, miedo, honor, ka. culpa o vergüenza).
5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

E) *Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento* (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento Traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:

1. Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
2. Comportamiento temerario o auto-destructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuestas exageradas de sobresalto.
5. Dificultades para concentrarse.
6. Trastornos del sueño (por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido).

F) Estas alteraciones (síntomas de los criterios B. C. D y E) se prolongan más de un mes.

G) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

H) Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.

Los síntomas deben durar más de un mes y deben producir en el sujeto un malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes.

Se distingue entre TEPT agudo cuando los síntomas duran menos de tres meses. TEPT crónico si duran más de tres meses y TEPT demorado cuando los síntomas aparecen al menos seis meses después del acontecimiento traumático.

La clasificación CIE-10 no contempla la diferenciación entre TEPT agudo o crónico, y sí contempla el TEPT de inicio demorado. Ahora bien, si la demora en el inicio es muy grande, llegando incluso a pasar varios años, la CIE-10 recomienda realizar mejor el diagnóstico de transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

La CIE-10 exige que el trauma debe tener una «naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica- que probablemente causaría un malestar profundo en casi cualquier persona».

El diagnóstico de la CIE-10 difiere además del propuesto en el DSM en que los síntomas por aumento de la activación no se consideran indispensables, ya que pueden ser sustituidos por la incapacidad para recordar parcial o totalmente algunos aspectos importantes del trauma; esto último es considerado como respuesta de evitación en el DSM.

Otra diferencia es que los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y que el inicio demorado del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales.

2. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

El trastorno por estrés agudo (TEA) se introdujo en el DSM-IV para describir las reacciones de estrés agudo que se producen en el primer mes después de la exposición a un evento traumático.

El TEA se podría considerar una especificación del TEPT. La diferencia principal es la duración de los síntomas y el énfasis del primero sobre las reacciones disociativas al trauma. El TEA se refiere a los síntomas manifestados durante el período de dos días a cuatro semanas después del traumatismo, mientras que el TEPT sólo se puede diagnosticar a partir de cuatro semanas. El diagnóstico de ambos trastornos es, pues, incompatible.

2.1. Características diagnósticas

Los criterios del DSM-5 para el trastorno de estrés agudo abarcan los mismos criterios del TEPT respecto al evento traumático y a la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y activación. El trastorno de estrés agudo difiere, sin embargo, en que el individuo debe experimentar por lo menos tres tipos de respuestas disociativas de entre las siguientes:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido).
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

La disociación se refiere al rompimiento de las funciones normales integradas de conciencia, identidad, memoria o percepción de uno mismo o del entorno, manifestado por las respuestas disociativas mencionadas anteriormente y por sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

A diferencia del DSM-5, en los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10: Se incluyen los síntomas primarios de ansiedad.

- Los síntomas deben aparecer al poco de haber ocurrido el acontecimiento estresante.
- Los síntomas deben empezar a remitir no más allá de ocho horas para acontecimientos estresantes transitorios o de 48 horas para los más prolongados.

- No se exige necesariamente la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante.

El TEA puede ser un precedente del TEPT. es decir, que los sujetos con trastorno por estrés agudo presentan mayor riesgo de presentar un trastorno por estrés postraumático. Después del trauma pueden aparecer también comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

La intensidad y el tipo de respuestas ante el mismo puede estar modulado por diferencias culturales, como el valor que se da a las pérdidas humanas. Las personas que emigran desde áreas con conflictos sociales o civiles pueden presentar una mayor incidencia del trastorno.

2.2. Caso clínico

F. S. es un varón de 52 años, de nacionalidad holandesa pero con residencia en la Costa del Sol.

Informa que un día hace unos cuatro meses, paseando por su ciudad- pasó por una obra en construcción, donde había un perro de raza rottweiler que estaba vigilando la obra. De repente, el perro empezó a ladrarle, la cuerda que le sujeta se rompe y el animal le embiste y le muerde en repetidas ocasiones, ocasionándole heridas de gravedad, ya que le muerde hasta casi llegar a romper la vena femoral de su pierna derecha, afectándole también a los genitales.

La gente que le rodeaba pudo coger al peno y llamar a urgencias. F. S. fue trasladado al hospital con una gran hemorragia, fue operado de urgencia y estuvo varios días hospitalizado.

A partir de ese momento, que él vivió con un sentimiento de pánico e indefensión, ya que pensó que iba a morir. F. S. empieza a padecer síntomas como los siguientes:

— Afirma estar siempre en tensión y con imposibilidad de relajarse, encontrándose muy fatigado. Manifiesta respuestas fisiológicas de ansiedad, como palpitaciones, opresión en el pecho y traspiración, cuando habla o recuerda el accidente.

— Presenta insomnio de conciliación, a veces con pesadillas donde revive el acontecimiento traumático.

— Dificultades de concentración, aprensión e irritabilidad.

— Ha desarrollado un gran temor ante los perros de cualquier raza o tamaño, cuando antes era un gran amante de los animales, por lo que evita pasear por miedo a encontrarse alguno: si lo hace, no está tranquilo y está atento a cualquier perro que se le pueda acercar. Está empezando a pensar en vender su vivienda de la Costa del Sol para trasladarse a su país de origen, ya que allí no hay tantos perros por la calle. Su estado de ánimo es bajo y, con frecuencia, manifiesta sentimientos de tristeza.

Está de baja desde el momento del acontecimiento, ya que, según él, no tiene ni fuerzas ni ganas para reincorporarse a su trabajo.

Su esposa comenta que le ha cambiado el carácter, que ya no tiene ganas de salir ni de relacionarse y que el problema está afectando incluso al área de pareja, ya que F. S. manifiesta una gran disminución de su apetito sexual.

3. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Los trastornos adaptativos (TA) son una respuesta desajustada, bien emocional o comportamental, ante una situación identificable de estrés, o un cambio donde no ha habido un ajuste adecuado o saludable ante dicha situación o cambio.

Los TA son, en definitiva, reacciones muy intensas; no lo suficiente como para tratarse de otro tipo de trastorno, como trastorno de depresión mayor u otros relacionados con los trastornos del estado de ánimo, pero sí lo suficientemente intensos e incapacitantes como para no entenderlos en una reacción normal de estrés.

Este tipo de trastornos se producen siempre como consecuencia directa de un estrés agudo grave o una situación traumática sostenida.

Los TA son un importante problema de salud debido a las implicaciones personales, sociales e incluso económicas que conlleva.

El malestar o el deterioro de la actividad asociado se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a intentos de suicidio, suicidio, consumo excesivo de sustancias, depresión, ansiedad, mal comportamiento y quejas somáticas. Determinados grupos de individuos se asocian con este trastorno (niños, adolescentes, pacientes con patología médica y quirúrgica).

3.1. Criterios diagnósticos DSM-5

A) La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

B) Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C) La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D) Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E) Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Nota: La persistencia de los síntomas más allá de los seis meses obliga a buscar otro diagnóstico. Es necesario además descartar la presencia del fenómeno normal de duelo.

Subtipos:

- Tipo depresivo: predominan ánimo depresivo, llanto o desesperanza.
- Tipo ansioso: predominan el nerviosismo, la preocupación o inquietud o, en el caso de los niños, el miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.
- Tipo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Con trastorno del comportamiento:

- manifestación predominante de alteración del comportamiento, en la que hay violación de derechos ajenos o de las normas y reglas sociales. apropiadas a la edad.
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
- No especificado: reacciones desadaptativas a estresantes que no son clasificables en los otros subtipos.

3.2. Algunas diferencias entre DSM-5 y CIE-10

La CIE excluye agentes estresantes de tipo inusual o catastrófico, mientras que el DSM admite acontecimientos de carácter extremo, siempre que no coincida con el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático o trastorno por estrés agudo.

En la CIE los síntomas pueden aparecer en el primer mes. y el DSM lo enmarca dentro de los tres primeros meses.

Además, la CIE habla de reacción depresiva breve, si dura un mes. y reacción depresiva prolongada si dura entre seis meses y hasta dos años.

Según el modelo de clasificación clínica de la OMS. CIE-10. los trastornos adaptativos se clasifican dentro del apartado referido a los trastornos relacionados con el estrés.

3.3. Caso clínico

Paciente mujer de 19 años de edad, la mayor de tres hermanos. Reside en un pequeño pueblo, aunque actualmente se traslada a la capital para cursar estudios universitarios.

Motivo de consulta

Acude tras presentar más altos niveles de ansiedad en el cuestionario de ansiedad ISRA (Miguel Tobal y Cano. 2002). que se realizó en una prácticas en la universidad.

Tras dos meses pasado este cuestionario, los síntomas de ansiedad no han remitido. Dice encontrarse nerviosa, pero que ello forma parte de su carácter, aunque cree que se ha agravado desde que se traslada a la capital Se presenta muy colaboradora y motivada en solucionar su problema de ansiedad y las dificultades que éste le genera en el contexto académico.

Historia del problema

La paciente dice haber sido siempre nerviosa y tímida, pero que actualmente es cuando se ve peor. Hasta el momento, nunca había salido de su pueblo ni se había separado de su familia.

El concepto que tenía sobre sí misma había sido siempre negativo, definiéndose como insegura y con dificultad para tomar decisiones.

El hecho de decidir trasladarse a la capital a estudiar supuso un estrés importante, y a medida que se iba acercando el momento del cambio se encontraba cada vez más nerviosa.

El rendimiento en estos meses ha sido claramente inferior al que venía siguiendo desde el instituto. Este primer cuatrimestre suspende todas las asignaturas de la carrera, siendo la primera vez que tiene un suspenso a lo largo de toda su vida académica.

4. COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESTRÉS AGUDO (TEA), ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) Y TRASTORNO ADAPTATIVO (TA)

Naturaleza de estresor. Está descrita del mismo modo en el TEPT y el TEA. aunque en este caso la naturaleza del estresor debe ser objetivamente extrema y traumática. En el TA el estresor puede tener distintas intensidades, no teniendo por qué percibirse como objetivamente peligroso o traumático para la vida del individuo (por ejemplo, separación o pérdida de puesto de trabajo).

Disociación. En el TEPT está incluida en la categoría de reexperimentación. refiriéndose únicamente a cuando el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo. En el TEA aparece una categoría propia de síntomas disociativos y se añaden dos más: el embotamiento y el aturdimiento. En los TA no suelen aparecer síntomas disociativos. Reexperimentación. Se describe en los dos primeros trastornos, pero en el TEPT se describe además el malestar psicológico y las respuestas fisiológicas ante estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento

Traumático. No suele aparecer en los TA. Evitación Se describe en los dos primeros trastornos, pero en el TEPT se hace hincapié en otras formas de evitación, como la incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, la sensación de desapego o enajenación frente a los demás, la restricción de la vida afectiva y la sensación de un futuro desolador. Además, el TEPT requiere que se den tres o más de los síntomas mencionados y que éstos hayan estado ausentes antes de experimentar el trauma. En los TA no suele haber síntomas de evitación o son mínimos. Activación. En el TEPT se especifica que tiene que haber dos o más síntomas ausentes antes del Trauma. Permanecen los síntomas referidos a las dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. En los TA sólo se habla de malestar ante el agente estresante y cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud. Duración. En el TEPT los síntomas se prolongan más de un mes. En el TEA. los síntomas se desarrollan durante un mínimo de dos días y un máximo de un mes. apareciendo en el primer mes siguiente a la exposición del trauma. Los síntomas de TA ocurren en los tres primeros meses a la aparición del estresor. y una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de seis meses.

5. ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO

Para que se desarrollen estos trastornos es necesario que se dé el acontecimiento traumático o estresante en una persona que sea vulnerable biológicamente (hiperactivación o hipersensibilidad) y también psicológicamente (cómo interpreta y vive esa situación).

Estos trastornos aparecen con más frecuencia en víctimas vulnerables- pero también pueden aparecer en personas sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el suceso resulta muy traumático.

Las mujeres, a pesar de estar expuestas en menor porcentaje, tienen una vulnerabilidad mayor para desarrollar el trastorno relacionado con estrés. Además de esto, se sabe que los estresores en cada género son distintos. En mujeres son más frecuentes traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil, mientras que en los varones predominan los accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos.

En cuanto a los factores que intervienen en el trastorno, podemos destacar la de factores predisponentes (psicopatología previa personal o familiar, temperamento, vulnerabilidad, estrés acumulativo, etc.). factores precipitantes (el suceso traumático, sus características y cómo lo vive e interpreta el sujeto) y factores de mantenimiento (sentimientos de culpa desarrollo del combinación intentos de racionalizar lo ocurrido, factores de condicionamiento, apoyo social, estilos cognitivos. expectativas y atribuciones).

La intensidad y la duración del estresor están relacionados directamente con la aparición del trastorno.

Este tipo de trastornos pueden aparecer a cualquier edad, pero sí es importante destacar que los cambios biológicos, como los de la adolescencia, puede ser un factor determinante.

El entorno social del individuo puede funcionar como medida de apoyo y protección ante las reacciones de estos pacientes.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Explica cuáles son las diferencias que presenta el caso expuesto dedicado al trastorno por estrés postraumático en relación a los otros trastornos. Puedes hacerlo según el apartado del capítulo dedicado a las diferencias entre los distintos trastornos relacionados con traumas y estresores.
2. ¿Crees que hay algún otro trastorno que conozcas que pueda tener relación con los estudiados en este capítulo?
3. Trata de argumentar el diagnóstico diferencial en cada uno de los casos presentados.

15

TRASTORNOS SEXUALES: PARAFILIAS Y DISFORIA DE GÉNERO

MARGARITA ORTIZ-TALLO

Investigar acerca de lo normal o anormal en la conducta sexual no ha sido tarea fácil. La concepción sobre los aspectos considerados patológicos en esta faceta de la vida del ser humano ha ido variando a lo largo de los años y ha sido considerada de manera diferente en las distintas culturas.

Las relaciones sexuales fuera del matrimonio, la masturbación o la homosexualidad han sido aspectos condenados por nuestra sociedad no hace mucho tiempo y considerados patológicos en el ámbito científico. Hoy en día, la mayoría de las personas procuran ser tolerantes con comportamientos sexuales distintos a los suyos. Se podría decir que la sociedad, en general, se ha vuelto más permisiva con relación a la sexualidad, y como consecuencia los científicos han ido variando y adaptando sus definiciones a los cambios culturales.

En la clínica psicológica cada día es más frecuente la consulta sobre aspectos que preocupan sobre la sexualidad. Sin embargo, todavía vemos casos en los que la persona, temerosa de plantear cuestiones íntimas, acude y explica en primer lugar otros motivos de consulta que le sean menos costosos de expresar. Es por ello que no será hasta la segunda o tercera sesión cuando el paciente sea capaz de expresar al profesional lo que realmente le preocupa. Cuando se intuya que está ocurriendo esto, es importante tratar de facilitar el planteamiento del problema con la suficiente delicadeza.

En este capítulo se ha decidido exponer algunos de los aspectos de la sexualidad anormal que quedan recogidos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5).

El manual establece tres apartados distintos relacionados con la sexualidad: las disfunciones sexuales, haciendo referencia a las alteraciones en lo que lo fundamental es la falta de alguna habilidad sexual, las parafilias, refiriéndose a las preferencias sexuales anormales, y por último la disforia de género, como alteración en la que la persona no se siente identificada con el sexo físico aparente.

En este capítulo optamos por referirnos a las parafilias y a la disforia de género. La primera de ellas, por enmarcarse habitualmente en personas con trastornos psicológicos de otra índole y que son objeto de estudio en este libro. Entendemos que las disfunciones ocurren habitualmente en un alto porcentaje en personas normales y que su marco teórico es más cercano a la psicología de la sexualidad que a los trastornos psicológicos.

1. PARAFILIAS: PREFERENCIAS SEXUALES

La mayoría de las veces es durante los primeros quince años de vida cuando se adquieren las preferencias o los intereses sexuales. Estas preferencias suelen marcar el resto de nuestras vidas. Hay una amplia serie de situaciones que harán a hombres y mujeres sentir excitación o atracción. Algunas sencillas, como una conversación

seductora, cogerle la mano a la pareja o mirarla intensamente a los ojos, pero también existen una serie de situaciones inusuales que pueden ser fuentes de excitación sexual.

Se conoce con el nombre de parafilia cuando el interés o la excitación sexual de la persona está centrada en fantasías o comportamientos sexuales recurrentes caracterizados por objetos o situaciones que no son los habituales, que se apartan de lo que son considerados estímulos sexuales normales o que afectan a la capacidad para tener relaciones eróticas con otras personas.

Es difícil establecer con claridad qué objetos o situaciones son considerados normales y cuáles no. Ejemplo de ello sería la masturbación, que durante mucho tiempo ha sido considerada una práctica sexual patológica que podía causar tanto daño físico como psíquico y que en la actualidad es considerada una práctica normal, de uso común y recomendable en determinados momentos o situaciones de la vida.

Por ello, se podría precisar que para considerar una fantasía o un comportamiento parafilico habría que tener en cuenta el grado en el que interfiere en la persona que lo padece y si le impide establecer relaciones sexuales satisfactorias. Esta idea queda reforzada si tenemos en cuenta que se ha comprobado que la mayoría de las fantasías que estimulan a las personas con parafilias son también fantasías en el repertorio de cualquier persona de conducta sexual normal.

Otro de los aspectos fundamentales a tener en cuenta para la consideración de una conducta parafilica es si ésta constituye un peligro para el propio sujeto o para la persona con la que mantiene la relación sexual. Ejemplos serían en el primer caso el masoquismo, que puede llevar al sujeto a inflingirse daños físicos graves en su excitación o la necrofilia en el segundo caso, que podría llevar a una persona a matar para excitarse al mantener relaciones con un cadáver.

Se podrían incluir tres categorías:

- a) Excitación y preferencias sexuales con objetos no humanos, incluyendo fetichismo y travestismo.
- b) Aquellas que suponen el sufrimiento y la humillación, incluyendo sadismo y masoquismo.
- c) Preferencias y excitaciones sexuales con parejas que no consienten, incluyendo exhibicionismo, voyeurismo, froteurismo y pedofilia.

Veamos esto un poco más a fondo:

a) *Preferencias con objetos no humanos. Fetichismo.* Consiste en el uso de objetos no animados para obtener excitación sexual. Los fetiches más frecuentes son ropa interior, medias, zapatos, botas o cualquier otra prenda de vestir, habitualmente objetos inofensivos. Este tipo de alteración es bastante más frecuente en varones que en mujeres. En el caso de un varón que durante el juego sexual con su pareja se excite cuando ella lleva ropa interior que a él le resulta atractiva o excitante, o que con el consentimiento de ella incluye determinados objetos durante la relación, la parafilia no tendría ninguna importancia patológica, sino que sería considerado un juego erótico normal. La diferencia estaría en que la ropa se convierte en el objeto erótico por excelencia y desplaza a la mujer, excitándose sólo si incluye el objeto parafilico. Una de las consecuencias habituales del fetichismo es la aparición de una disfunción eréctil cuando el objeto fetiche no está presente. Travestismo o fetichismo travestista. Esta alteración es conocida sólo en

hombres, y consiste en excitarse y masturbarse mientras está vestido con ropas femeninas. Habitualmente es un varón de orientación heterosexual que lleva en secreto sus excitantes deseos.

Al comienzo del fetichismo travestista es habitual escoger sólo alguna prenda de vestir femenina, lo que podría parecerse bastante al fetichismo. Sin embargo, poco a poco suele ir ampliando el uso de prendas hasta vestirse completamente de mujer, comprar ropa femenina e incluso tener una colección de trajes.

Al ser una actividad generalmente solitaria y secreta no es fácil conocer la frecuencia de esta parafilia. pero se cree que no es muy frecuente, aproximadamente menos de un 1 % de la población masculina (Seligman. Walter y Rosenham, 2001).

b) Preferencias que suponen sufrimiento y humillación.

Sadismo. La característica esencial es el disfrute en actos sexuales en los que existe sufrimiento físico o psicológico de la víctima. En algunos casos puede haber consentimiento por parte de la pareja, lo que implicaría una relación sadomasoquista. Otros sujetos, sin embargo, llevan a cabo su fantasía con personas que no consienten, llegando a la violación y a la tortura de sus víctimas. El tipo de actos sádicos puede ser de distinta índole: encerrar y asustar a la víctima, atarla, obligarla a arrastrarse o a suplicar, pegarle, quemarle y los más variados tormentos físicos y humillaciones psicológicas.

En casos graves asociados a personalidad antisocial, la personalidad sádica puede llevar a cometer asesinatos violentos. Masoquismo. Consiste en el disfrute sexual al ser humillado, golpeado, atado o al recibir cualquier tipo de maltrato físico o psicológico. Es una forma de satisfacción sexual en la que la persona participa de forma consentida e intencionada en actividades en las que es el centro del sufrimiento infligido.

c) Preferencias sexuales con parejas que no consienten.

Exhibicionismo. Consiste en la excitación sexual al exponer los propios genitales ante una persona extraña. El objetivo final es excitarse y, si acaso, masturbarse delante de la víctima, pero no existe generalmente ningún intento de relación sexual con ella.

Está considerada como una de las parafilias más frecuentes y generalmente es identificada en varones. Por lo general, suele ser una persona tímida y con dificultades en las relaciones interpersonales, que al provocar en la víctima una fuerte impresión se siente satisfecho. La reacción en la víctima que menos le excita es la de indiferencia o desprecio a sus genitales o a su persona.

Comúnmente se sitúa frente a los colegios de chicas o en parques infantiles. En cualquiera de los lugares a los que acude la posibilidad de tocar a la víctima es baja, ya que suelen ser lugares públicos, y su excitación sexual está centrada en la exhibición.

Voyeurismo. Voyeur, término proveniente del francés y que significa «mirón», hace referencia a la persona que tiene comportamientos repetidos en los que disfruta exclusivamente con el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. Más frecuente en hombres, el acto de mirar normalmente no implica la intención de mantener relaciones sexuales con la persona espiada, que suele ser alguien desconocido.

Generalmente realiza sus observaciones desde la calle, recorriendo barrios y edificios localizando las casas en las que hay una cortina abierta. Otro lugar al que suelen

acudir es a parques o a zonas reinadas en las que saben que hay parejas teniendo relaciones sexuales. Sea donde sea. suelen poner empeño en no ser descubiertos.

Froteurismo. Supone el disfrute con el roce y el contacto con una persona en contra de su voluntad. El sujeto, habitualmente varón, suele apretar sus genitales contra las nalgas de su víctima o trata de rozar los pechos o los genitales de su víctima. Habitualmente esto ocurre en lugares concurridos y públicos, como el autobús o el metro en horas punta. Esto puede hacer a la víctima confundir el suceso en el momento inicial con algo casual o como consecuencia de la muchedumbre. Sin embargo, la diferencia pronto queda establecida, y en cuanto el sujeto piensa que va a ser delatado trata de desaparecer del lugar.

Pedofilia. Consiste en mantener actividades sexuales con niños prepúberes. Generalmente menores de 13 años.

Para considerar el delito la persona que lo comete debe tener más de 16 años y ha de ser, al menos, cinco años mayor que la víctima. Las personas que presentan pedofilia, habitualmente varones, pueden sentirse atraídos por niños o por niñas. Es más frecuente la atracción por niñas y que sean éstas las víctimas. Pueden tener comportamientos muy diversos: desnudar al niño y observarlo, masturbarse frente a él. tocarlo o mantener relaciones sexuales orales, vaginales o anales, en ocasiones utilizando la fuerza. Estas personas pueden escoger a sus víctimas entre sus propios familiares, hijos, sobrinos o ahijados, o pueden aprovechar un trabajo relacionado con menores para satisfacer sus necesidades.

Es uno de los delitos sexuales, junto con la violación, que mayor repulsa social produce. En este caso el motivo es claro: no se considera a mi niño capaz de dar su consentimiento a una relación sexual con un adulto con libertad. En muchos casos, el que abusa amenaza al niño para que no cuente lo que ha ocurrido.

Existen otras parafilias de menor frecuencia en nuestra sociedad, pero algunas de ellas, cuando ocurren, producen una enorme alarma social:

- *Necrofilia.* Mantener relaciones sexuales con cadáveres. En los casos más graves puede llegar a asesinar.
- *Hipoxifilia.* Excitación masoquista con la falta de respiración, que puede llevar a la muerte al sujeto.
- *Zoofilia.* La atracción sexual por los animales.
- *Coprofilia.* Excitación con las heces.
- *Clismafilia.* Atracción por la utilización de enemas.
- Escatología telefónica. Llamadas telefónicas obscenas.

3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LAS PARAFILIAS

La investigación sobre el porqué una persona, habitualmente varón, desarrolla preferencias sexuales peculiares y distintas a las de la mayoría, no está muy avanzada. Uno de los motivos es que bajo el término parafilia se incluyen preferencias y comportamientos muy distintos, y también personalidades y motivos muy diversos. Por otro lado, las personas que tienen alguno de estos problemas no suelen pedir ayuda psicológica ni médica, sino que en su mayoría será en los casos en los que son detenidos por haber cometido un delito cuando se conoce el comportamiento anómalo.

Otra cuestión interesante a resaltar es que el porcentaje de experiencias de abuso sexual o maltrato físico y psicológico en la infancia entre las personas con parafilias parece estar establecido entre el 50 y el 100 %. Es decir, parece que con bastante frecuencia son personas que, a su vez, han sido objeto de experiencias tempranas desagradables. Sin embargo, no todas las personas que han sufrido experiencias de abuso o maltrato van a desarrollar una parafilia.

Veamos algunas de las principales explicaciones causales.

2.1. Desarrollo de un impulso sexual desviado

La orientación conductual tradicional basaba sus explicaciones a través de procesos de condicionamiento clásico, operante o una combinación de ambos. El estímulo inicial neutro, como por ejemplo mías medias, queda condicionado al aparearse con el estímulo incondicionado de estimulación genital y producirse más respuesta incondicionada de placer sexual. El primer apareamiento de estímulos podría ser casual, y la explicación a que posteriormente persista el estímulo es que al repetir la acción mía y otra vez, masturbándose y teniendo placer con un estímulo concreto, se fomenta cada vez una asociación más fuerte. Otro factor a considerar en el caso del fetichismo es que no cualquier estímulo se convierte en parafílico (una ventana, una mesa). Habría determinados objetos que en sí mismos tienen características que fomentan que se conviertan en estímulos asociados (ropa de mujer, prendas interiores o partes del cuerpo).

Freud ya explicaba la fijación a través de la carga positiva o negativa de un objeto neutro al asociarse con energía física. A esto le llamó catexis.

En el caso de catexis positiva, la libido o los impulsos sexuales se relacionan con el objeto, el cual se convierte en objeto amado. En el caso de catexis negativa, el objeto se convierte en temido. Las parafilias en este sentido tendrían tres propiedades: comienzan en experiencias infantiles, son resistentes al cambio, especialmente al cambio racional, y por último suelen permanecer un tiempo largo.

Podrían ser explicaciones que nos ayuden a comprender determinados casos en los que en el estudio evolutivo del paciente encontramos con cierta claridad experiencias infantiles que han podido marcar en este sentido. Pero, sin embargo, sigue habiendo parafilias, como por ejemplo el exhibicionismo, en las que estas hipótesis son difíciles de encajar.

2.2. Problemas de relación o de falta de habilidad social

En los últimos años se encuentran estudios que avalan que determinadas parafilias, como la pedofilia o la violación, se dan en personas con especiales dificultades para establecer relaciones y para ponerse en el lugar del otro. La parafilia, por tanto, formaría parte de un problema más amplio.

La idea sería que la persona no ha tenido los modelos adecuados que le permitan aprender a relacionarse, a coquetear o a ligar; como consecuencia, tienen dificultades en contactar con personas, en iniciar conversaciones, en crear un clima de confianza que les permita finalmente establecer una relación íntima. Así el impulso sexual normal quedaría bloqueado, no tendría espacio para su expresión y, finalmente, aparecería de forma desviada ante cualquier ocasión que se le presente al sujeto o con aquellas personas que se sienta más segura, como es en el caso del abuso de niños. Se añadiría una falta de empatía con su víctima, que le permite no sentirse culpable al no ponerse en el lugar de la persona ofendida.

2.3. *Pensamientos distorsionados*

Hay autores que mantienen que los delincuentes sexuales tienen actitudes y creencias que les permite quitarle importancia a sus delitos. Un ejemplo sería la persona que abusa de un menor y que lo justifica diciendo que el niño lo sedujo o que lo consintió, o el violador que defiende que a su víctima le gustó.

Tenderían, por tanto, a evadir responsabilidades, a minimizar sus delitos, a negarlos o a atribuirlos a las circunstancias del momento.

4. TRASTORNOS DE IDENTIDAD O DISFORIA DE GÉNERO

Pocas cosas son tan esenciales como el sentido básico de qué sexo somos o a qué sexo pertenecemos, hombre o mujer. Habitualmente este sentido de pertenencia coincide con los genitales. Si tiene un pene se siente varón y si tiene una vagina se siente hembra. Sin embargo, hay hombres que sienten que son mujeres atrapadas en el cuerpo de un hombre, y mujeres que sienten que son hombres atrapados en el cuerpo de una mujer. A esta alteración se le conoce con el nombre de transexualismo.

Este sentimiento es tan profundo y tan difícil de cambiar que la terapia que se utiliza no es psicológica, sino física y quirúrgica, cambiando el cuerpo y adaptándolo a la identidad que desea.

El cuerpo original les disgusta, y desde muy pequeños han tenido la sensación de que tenían el cuerpo equivocado. La sola idea de pensar que tienen que convivir el resto de su vida con ese cuerpo les hace sentirse deprimidos, sin esperanzas y con deseos de morir. Alrededor de los veinte años suelen empezar a vestirse claramente con la ropa del sexo que se sienten identificados. Esto no lo hacen con una finalidad de excitación sexual, sino con la de sentirse más a gusto con su propio cuerpo.

Antes de la pubertad la mayoría de los chicos transexuales juegan casi exclusivamente con chicas y prefieren las muñecas a otro tipo de juguetes. A esa edad ya se sienten totalmente chicas y quieren ser aceptados por la sociedad como tal. Están habitualmente expuestos a las burlas de sus compañeros de colegio o de juego, lo que les puede llevar al aislamiento social, al temor a la opinión de los otros y, como consecuencia, a problemas en su autoestima.

La transexualidad es una alteración crónica, y una vez que se desarrolla no desaparece espontáneamente. En cuanto se informan de la existencia de un cambio de sexo, desesperadamente quieren realizarlo.

La característica fundamental del trastorno es la identificación acusada y persistente con el género contrario y el profundo malestar con la identidad sexual aparente.

Es un trastorno poco frecuente, de una entre 100.000 personas. Parece ser mayor la proporción de transexuales de varón a hembra que viceversa.

Es necesaria la diferenciación con otras conductas sexuales que conllevan también la utilización o la preferencia de vestir ropas del otro sexo, pero que se distinguen en la ausencia de la identificación y el deseo de convertirse en una persona del sexo contrario. Así, se diferenciaría de:

a) El travestista fetichista que obtiene excitación sexual vistiendo ropas del sexo contrario, al que se ha hecho referencia en el apartado relativo a las parafilias y que puede ser una persona de orientación heterosexual.

b) El travestista con doble rol. que habitualmente viste ropas de su mismo sexo y que puede tener una orientación heterosexual pero que. ocasionalmente, cambia de indumentaria para hacerse pasar por una persona del otro sexo. En este caso no existiría el intenso deseo de convertirse en una persona del sexo contrario.

c) La persona con una orientación del deseo homosexual, que se siente atraído por personas del mismo sexo y que. ocasionalmente, viste con ropa del sexo contrario sin sentirse identificado con ese sexo ni pretender ser considerado del sexo contrario. Esta forma de vestirse suele tener cierto carácter folclórico.

4. TEORÍA EXPLICATIVA DEL TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL O DISFORIA DE GENERO

Las teorías causales psicológicas y sociales sobre este trastorno se han sucedido, tratando en consecuencia de ofrecer alternativas terapéuticas en la misma línea. Las enormes dificultades que desde el punto de vista psicológico supone tratar de adaptar a la persona con este trastorno a su sexo aparente, y la frecuencia con la que se ha fracasado en el intento, han hecho que las teorías biológicas tengan cada vez mayor auge en la explicación de este malestar, y que las terapias de cambio de sexo a través de operaciones físicas sea un hecho cada vez más frecuente que. en su momento, suscitó controversia, pero que actualmente es contemplado en nuestro país por la sanidad pública.

Martin Seligman (2001) se apoya en el proceso hormonal desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del bebé para explicar la identidad de género, tanto la normal como el trastorno. Explica que. al formarse el embrión, éste tiene la posibilidad de que sus órganos internos se conviertan en varón o hembra.

Ocho semanas después de la concepción, los fetos tienen genitales indiferenciados. El feto se convertirá en femenino en el siguiente escalón, si no hay algún defecto en la secreción de hormonas masculinas (andrógenos). Cuando se segregan estas hormonas, los órganos internos masculinos crecen y los externos se desarrollan. Esto ocurre aproximadamente a los tres meses de embarazo.

El nivel de las hormonas masculinizantes en este estadio no sólo determina los genitales, sino que también determina la identidad de género. Las hormonas masculinas producen identidad de género masculina. Si las hormonas son insuficientes, resulta identidad de género femenino. Según esta teoría, la identidad de género está presente en el feto, aunque no hay manera de preguntarle a un feto si se siente varón o hembra. De esta forma, la identidad de género estaría disociada de los órganos sexuales.

Según esta teoría, una dosis masiva de hormonas masculinizantes para un varón cromosómico (XY) produce ambas cosas, órganos sexuales masculinos e

identidad de género masculino. Sin embargo, una dosis insuficiente produce órganos sexuales de varón, pero una identidad de género femenina, lo que daría origen al transexual hombre que se siente mujer.

Para un cromosoma de mujer (XX). una dosis insuficiente de hormonas masculinizantes produce ambas cosas, órganos sexuales femeninos e identidad de género femenina. Si se introducen más hormonas masculinizantes se desarrollan órganos sexuales femeninos, pero sin embargo la identidad de género será masculina: sería el caso del transexual hembra que se siente varón.

La teoría, por tanto, explica que la causa de los trastornos de identidad de género tiene su origen en un proceso hormonal que ocurre alrededor del final del primer trimestre del desarrollo del feto. La presencia de hormonas masculinas suficientes en este estadio produce identidad de género masculina. Hormonas insuficientes producen género femenino. Si por un error se producen hormonas masculinas en esta etapa en una mujer cromosómica, se producirá una identidad de género masculino. Si por error se producen pocas hormonas en un hombre cromosómico, resultará una identidad de género femenina.

5. RELATO CLÍNICO

Estoy dispuesto a poner de mi parte para provocar un cambio en mi conducta voluntariamente y con la ayuda de un psicólogo. Es la cuarta vez que he sido detenido y encarcelado por lo que la sociedad considera un delito. Tengo 40 años.

Os voy a contar algunos aspectos de mi historia personal para que quizá podáis comprender por qué estoy aquí.

Nací en el campo, en mi casa. Mi madre fue atendida por una vecina y falleció tras el parto. Yo era el sexto hijo de una familia muy pobre. Pasé allí en el campo mis primeros tres años de vida cuidado por una tía, hermana de mi padre.

Posteriormente me separan de mis hermanos y a los más pequeños nos llevaron a un centro de beneficencia regentado por monjas. Mi vida en aquel momento era un infierno, pues fui objeto de burla por los niños de aquel colegio durante un período muy largo. Fue una lucha constante y angustiosa contra la intolerancia y la crueldad. Los niños, hijos de familias desestructuradas, criados en casa cuna la mayoría, sin amor, se retaban en peleas, y cada monja tenía como utensilio un palo largo en una mano y un silbato en la otra mano que con suma frecuencia utilizaban para llamar y golpear.

Lo más característico de mí era el miedo: miedo a las clases, miedo al personal docente intolerante y violento, miedo a la crueldad de unos niños criados y educados sin amor... Miedo, desconfianza, desamor y tristeza eran mis únicos acompañantes.

Recuerdo estar convencido de niño de que nadie me aceptaba, que nadie me podía querer, siempre estaba temeroso de meter la pata si abría la boca o de hacer el ridículo en cualquier situación. Estaba permanentemente triste, la pena me comía, y afloró en mí la desconfianza, el miedo, el no poder contar con nadie.

He oído y leído por algún sitio que me faltaba capacidad por debilidad mental. Creo ahora que la dificultad para progresar en el estudio y de adaptarme al ambiente no era por discapacidad mental, sino por discapacidad de los docentes y de los que me tenían que cuidar.

Tenía 9 o 10 años cuando me sentí atraído o enamorado de otro niño. Admiraba su belleza y su compañía me hacía feliz. Era un sentimiento que florecía en mi interior de forma inevitable.

Me crié entre niños y monjas, pero no tenía otra opción que inclinarme por el afecto y ternura que observara en algún niño compañero, pues era lo único que tenía a mi alcance.

La necesidad afectiva, la capacidad innata de descubrir la belleza, el maltrato, el rechazo que se me infligió por parte de los adultos, y la sustracción de la autoestima y del trato con el sexo opuesto desde los tres a los trece años me inclinaron por desgracia a una desviación sexual.

Había transcurrido mi vida en la práctica totalidad solo junto a niños de mi mismo sexo. con la circunstancia de haber experimentado rechazo y menosprecio. Esto me hizo desconfiar de mi capacidad y ser tímido e introvertido. Pensé que poco apetecible podría ser yo para las niñas con tantas anomalías. Me vi en la necesidad imperiosa de compartir mi necesidad afectiva con lo único que me rodeaba.

Mi primera relación homosexual ocurrió con 10 años con otro niño de mi misma edad, y fié consentida y complaciente. A partir de aquella primera vez hubo otros muchos niños del colegio con los que tuve relaciones.

Así cuando salí del colegio y volví al pueblo a trabajar me sentí atraído por los niños que allí había. Me hacía amigo de ellos, me los llevaba de paseo y teníamos relaciones sexuales.

Sabemos todos que el niño que accede voluntariamente a una relación afectiva sexual con 10 o 12 años, si no es deficiente mental, sabe perfectamente lo que hace y es consciente de ello.

Lo que no me parece justo es que se quiera atropellar y romper la vida de un adulto ingresándolo en prisión por una relación sexual consentida con un menor de esa edad, que es fácil que esté más capacitado que el adulto, que. por lo general, padece una personalidad desajustada, que le han provocado por un trato vejatorio en su niñez que nada tiene que ver con lo sexual y que se convierte en barrera insalvable que impide el normal desarrollo de comunicación con los demás, padeciendo timidez, indecisión, complejos y todo lo que conlleva.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Tema de discusión. Teorías explicativas de las parafilias. Lee detenidamente el caso y trata de apoyarte en las teorías explicativas que conoces para explicar el proceso de este señor.
2. Leer y debatir el artículo de M. Ortiz-Tallo, L. M. Sánchez y V. Cardenal (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*.

16

PSÍCOPATOLOGÍA Y DELINCUENCIA

ISMAEL LOINAZ

1. INTRODUCCIÓN

Describir la relación entre psicopatología y conducta delictiva no es un objetivo fácil. Existe una gran variedad de resultados y multitud de conexiones entre variables. Las teorías e investigaciones criminológicas indican que la delincuencia se puede aprender, que existen características individuales que predisponen al delito, que en ocasiones los delitos se pueden explicar por tensiones sufridas por el delincuente y que los factores sociales juegan un papel relevante (Redondo y Andrés-Pueyo. 2007). Uno de los factores individuales más analizado es la psicopatología.

Algunos trastornos psicológicos, como los adictivos y los del control de los impulsos (la cleptomanía, la piromanía, la ludopatía o el abuso/dependencia de distintas drogas) y determinados trastornos sexuales parafílicos (como la pedofilia, el exhibicionismo, el voyeurismo y el froteurismo), pueden desembocar en un delito o constituir uno en sí mismos. Sin embargo, se da un predominio de la investigación que relaciona la psicopatología con un tipo delictivo concreto: los delitos violentos (Echeburúa y Loinaz, 2011).

El presente capítulo no pretende ser una revisión sistemática de toda la información disponible sobre la temática. Se trata de un texto introductorio, cuyo objetivo es poner de manifiesto las nociones básicas sobre el área de estudio, así como algunas precauciones importantes que se deben tener en cuenta a la hora de analizar resultados o proceder en la práctica profesional. Por ello, para interpretar de forma adecuada los estudios resulta especialmente relevante atender a conceptos específicos de la psicología forense, necesarios para comprender la posible relación de un trastorno mental con la conducta delictiva y sus implicaciones prácticas.

Antes de abordar el contenido del capítulo es necesario recordar una idea. Los trastornos mentales rara vez son un factor único precipitante de la conducta delictiva o violenta. Ni todas las personas con un trastorno mental son violentas y cometen delitos, ni todos los delincuentes presentan trastornos mentales. Por el contrario, la revisión de la materia pone de manifiesto cómo, en realidad, las personas que sufren un trastorno mental muchas veces corren un riesgo mayor de involucrarse en situaciones violentas o delictivas en el papel de víctima (Loinaz, Echeburúa e Irureta. 2011). Por ello, la psicopatología debe entenderse como un factor de riesgo que, en combinación con otras situaciones o variables contextuales, puede incrementar la probabilidad de conducta delictiva, pero que difícilmente puede explicarla por sí sola.

2. ASPECTOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO JURÍDICO-FORENSE

El estudio psicopatológico de la conducta delictiva es especialmente relevante en el contexto jurídico. Por ello, existen una serie de conceptos prácticos de la psicología jurídica y forense que deben ser tomados en cuenta a la hora de analizar la relación entre variables, especialmente por las implicaciones que conllevan. A continuación

abordaremos de forma muy resumida los conceptos de imputabilidad, simulación, disimulación y valoración del riesgo.

2.1. Imputabilidad

El concepto de imputabilidad hace referencia a la medida en que una persona puede ser juzgada por la comisión de un hecho delictivo, tomando en consideración su idoneidad para responder por el acto. Para conocer la imputabilidad de un sujeto se valora su capacidad cognitiva (conocimiento) y volitiva (capacidad de actuar conforme a ese conocimiento). Existen una serie de alteraciones que pueden afectar a estas capacidades (incluso de forma transitoria, según acepta el sistema jurídico español) y que, por tanto, tienen un efecto en la forma en que se juzgan los actos delictivos cometidos por una persona que los padezca (Cano, 2010). El concepto jurídico con el que nuestro Código Penal hace referencia a este aspecto es «anomalía o alteración psíquica». En él se incluye el trastorno mental transitorio (entidad sin equivalente clínico en los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales), la intoxicación plena (no voluntaria) o estado de abstinencia, y las alteraciones perceptuales desde el nacimiento o la infancia.

La inimputabilidad (o su apreciación parcial en forma de atenuante) se aplica a aquellos casos que la legislación vigente considera «no normales» para poder ser juzgados conforme a las normas generales. Por tanto, solamente influyen sobre la responsabilidad para ser juzgados aquellas alteraciones que afecten a la inteligencia y la voluntad, y no un amplio espectro de alteraciones psicopatológicas que, pese a tener a todas luces influencia directa sobre el comportamiento humano, han sido excluidas, por no afectar, supuestamente, a la capacidad de comprender la ilicitud de la conducta, o sus consecuencias, y actuar conforme a ello. Esta polémica está presente en distintos trastornos, y uno de ellos es la psicopatía. Pese a señalarse incluso alteraciones neurobiológicas, se asume que quienes los padecen pueden distinguir la maldad e ilicitud del acto y actuar conforme a esta comprensión de forma distinta a la delictiva.

2.2. Simulación

La simulación es un concepto de gran interés para la psicología clínico-forense, y se contempla en el DSM-5 como «la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos». Se recomienda sospechar su existencia cuando, por ejemplo, nos encontremos en un contexto médico-legal (forense), haya discrepancia entre la sintomatología declarada y la detectada por el profesional, exista falta de cooperación de la persona o haya indicios de la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad (este último aspecto podría ser algo más arbitrario y merecedor de análisis más pormenorizados). A diferencia del trastorno facticio (donde el sujeto busca asumir el papel de enfermo sin la obtención de un incentivo externo o genera la patología en un tercero, como en el síndrome de Munchausen, por poderes: véase tabla 14.1), la clave de la producción de síntomas es el beneficio secundario que de ello se deriva (conducta instrumental, no patológica). Se debe tener en cuenta que, en los procesos judiciales, la hipótesis de partida es que la posible sintomatología psicopatológica puede ser fruto de una simulación, cuyo objetivo es la disminución de la responsabilidad e incluso la obtención de una eximente completa. Este factor dificulta, en cierta medida, un análisis empírico preciso de la presencia de psicopatología entre determinados delincuentes. Por otro lado, la simulación es un objeto

de estudio habitual en el caso de denuncias de posibles víctimas, casos en los que se debe demostrar la credibilidad del relato, así como la existencia real de la huella que la supuesta víctima describe (por ejemplo, sintomatología de estrés postraumático).

2.3. Disimulación

El objetivo de la disimulación es precisamente el contrario al de la simulación. Consiste en ocultar una sintomatología presente, con la intención de obtener un beneficio o evitar una penalización. Este aspecto es frecuente en casos de custodia familiar, donde uno de los progenitores puede presentar algún tipo de trastorno incompatible con sus pretensiones y busca ocultar su detección. Por otro lado, dentro de las hipótesis de trabajo en las que nos centramos en este capítulo es relativamente frecuente que delincuentes ya condenados utilicen la disimulación para mostrarse mejor de lo que realmente son (fingir ser bueno o estar bien). El principal objetivo, en estos casos, puede ser un acceso más fácil a determinados beneficios, como la reducción de condena o los permisos, cambios de centro o unidad, manipulación del terapeuta, etc. En ocasiones, esta disimulación es, simplemente, una mayor deseabilidad social (un aspecto presente, en mayor o menor medida, en todas las personas).

2.4. Valoración del riesgo

Por evaluación del riesgo se entiende el proceso de especular, de modo informado, sobre la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento violento en una persona, o la probabilidad de reincidencia dado un delito previo. La valoración del riesgo es uno de los principales retos del personal encargado de atender tanto a víctimas como a delincuentes. Esto es así debido a las implicaciones directas que de la práctica se derivan, básicamente relacionadas con la gestión del riesgo. Gestionar el riesgo implica dar los pasos necesarios tras una evaluación, para reducir el riesgo, evitar una futura agresión o minimizar las consecuencias en caso de que ésta se produzca. La gestión abarca un amplio rango de actividades, como la supervisión del caso, el tratamiento del delincuente o la aplicación de medidas de seguridad para la víctima.

El conocimiento sobre la temática ha mejorado sustancialmente en los últimos años (véase Andrés-Pueyo y Echeburúa. 2010). y en la actualidad se encuentran disponibles numerosas herramientas para la evaluación de distintos tipos de riesgo (violencia general, sexual y de pareja, acoso, violencia juvenil, etc.). La presencia de psicopatología se considera un factor criminógeno y, por ello, está presente en la mayoría de herramientas (principalmente con ítems sobre problemas relacionados con drogas, trastornos de la personalidad- trastorno mental grave y el diagnóstico de psicopatía).

3. PRINCIPALES TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CONDUCTA DELICTIVA

A pesar de que determinados síntomas o trastornos se puedan relacionar en mayor medida con actividades delictivas o violentas específicas, esta relación ni es directa ni sistemática (Vinkers. de Beurs. Barendregt. Rimie y Hoek. 2011). Por ejemplo, se puede dar el caso de un sujeto con sintomatología psicótica que cometa un hurto por la situación socioeconómica que le rodea y no por su trastorno directamente (por ello es relevante analizar la relación entre la sintomatología y el tipo de delito, especialmente en lo que a imputabilidad se refiere).

En la tabla 14.1 se presenta un resumen de los trastornos y de los delitos más habituales con los que se relacionan. No se profundizará en síndromes puntuales (como el de Munchausen) ni describiremos el desarrollo de una psicopatología tras la comisión de un delito (por ejemplo, en condenados a prisión), ambos aspectos muy específicos y que exceden el objetivo de este capítulo. Los principales trastornos relacionados con la conducta delictiva son los siguientes:

TABLA 14.1
Psicopatología y principales delitos con los que se relaciona

Trastorno	Mecanismo implicado	Principal delito
Consumo de sustancias		
Abuso o dependencia del alcohol u otras drogas	Desinhibición y dependencia. Variable mediadora del efecto de los demás trastornos.	— Instrumental: dirigido a la obtención de droga o dinero (robos, robos con violencia, lesiones). — Reactivos: violencia relacionada con la intoxicación (contra la pareja, sexual, agresiones).
Trastornos de la personalidad		

Paranoide	Desconfianza y atribuciones hostiles.	Delitos contra las personas, como lesiones (reacciones exageradas). Chantaje, injurias y falsas denuncias. Estilo de personalidad frecuente en agresores de pareja, y está presente en delincuentes sexuales.
Esquizotípico	Malestar interpersonal, distorsiones cognitivas, comportamiento excéntrico. Complicaciones del espectro psicótico.	Descrito en determinados agresores sexuales. Delitos extraños e impulsivos. Criminología semejante a la esquizofrenia (por ejemplo, contexto familiar).
Esquizoide	Desconexión social y restricción emocional.	Descrito en determinados agresores sexuales. Homicidio, incluido el de la pareja. Secuestro y allanamiento de morada. Hurto, robos y estafas.
Antisocial	Desprecio y violación de derechos y normas.	Relacionado con prácticamente cualquier delito, por la estructura del propio trastorno.

Narcisista	Necesidad de admiración, arrogancia, falta de empatía.	Falsificación, fraude. Explotación de personas. Dimensión descrita en agresores sexuales y de pareja.
Límite	Impulsividad, inestabilidad y dependencia emocional, ira (comorbilidad toxicológica).	Acoso. Agresión reactiva. Delitos leves relacionados con su inestabilidad: hurtos, conducción bajo efecto de sustancias. Frecuente en agresores sexuales y de pareja (por ejemplo, relaciones intensas e inestables, personalidad abusiva).
Histriónico	Exageración emocional, demanda de atención.	Denuncias falsas para llamar la atención.
Evitativo	Inhibición, falta de confianza, hipersensibilidad a las críticas.	Se ha descrito en delincuentes sexuales (sentimiento de venganza hacia la mujer).
Dependiente	Sumisión.	Descrito frecuentemente en algunos tipos de agresores de pareja.

Obsesivo-compulsivo	Orden, perfeccionismo y control.	Negligencias en el hogar. Agresiones desmedidas en determinadas ocasiones (por ejemplo, en el ámbito familiar por rigidez y orden). Delitos con armas.
Control de los impulsos-impulsividad		
Ludopatía	Mantenimiento de las necesidades de juego.	Contra la propiedad: robo, estafa, falsificación, malversación.
Trastorno explosivo intermitente	Explosión repentina de ira.	Contra las personas (lesiones) y contra la propiedad (por ejemplo, destrucción de mobiliario).
Esquizofrenia y psicosis		

Esquizofrenia y psicosis	Descompensación, mala adherencia al tratamiento (o abandono del mismo). Sintomatología positiva: delirios, alucinaciones, etc.	Delito violento (contra las personas): lesiones y homicidio. Principalmente limitadas al ámbito familiar (<i>crímenes sin historia</i>). Precedidos de señales de alarma: pasivas (por ejemplo, aislamiento o incomunicación) y activas (por ejemplo, conflictos o abandono de pautas).
Depresión y trastorno bipolar		
Depresión	Fases de mejora. Desesperación, ideación psicótica, aislamiento, rumiación, abuso de sustancias.	Suicidio ampliado (la víctima es un familiar: homicidio por compasión). Asesinato en masa por desesperación. Comportamientos antisociales en adolescentes (hogar, escuela y sociedad). Victimización de personas como chivo expiatorio.

Trastorno bipolar	Impulsividad y comorbilidad toxicológica.	— Fase maníaca: delincuencia general. Agresión impulsiva, delito económico y vandalismo. — Fase depresiva: homicidio, acompañado o no de suicidio: especialmente filicidio y parricidio.
Otros trastornos		
Desorden facticio por poderes (síndrome de Munchausen)	Descripción de sintomatología falsa y provocación de la misma.	Abuso de menores, generalmente los propios hijos. Se les inducen problemas médicos para buscar atención, pudiendo llegar a causar la muerte del niño.
Parafilias	Comportamiento sexual desviado.	Principalmente: pedofilia (abuso sexual infantil), <i>froteurismo</i> y exhibicionismo.

- Problemas toxicológicos (alcohol y otras drogas).
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos afectivos (depresión mayor y trastorno bipolar).
- Impulsividad o trastornos del control de los impulsos.
- Trastornos de la personalidad (TP).
- Psicopatía.

3.1. Abuso y dependencia del alcohol u otras drogas

El consumo, abuso o dependencia de distintas drogas (en especial de alcohol) es una de las variables más estudiadas en la conducta delictiva y violenta (por ejemplo. McMurrin, 2013). Los efectos toxicológicos se relacionan con problemas conductuales (propensión a la conducta antisocial, agresión, negligencia y otras situaciones de riesgo),

pero el amplio abanico de investigaciones disponible no permite llegar a una conclusión definitiva sobre el efecto específico y/o independiente de la variable-Es habitual que los problemas toxicológicos medien en la relación entre la conducta delictiva y algún trastorno mental. multiplicando el riesgo, especialmente en los casos en los que se da una patología dual (coexistencia, o presencia simultánea. de un trastorno adictivo y otro trastorno mental) o una combinación de síntomas (como puede ser la personalidad abusiva en agresores de pareja: rasgos de personalidad límite, sintomatología traumática, impulsividad, etc.).

El abuso de sustancias puede considerarse un factor de riesgo especialmente de conducta violenta, así como un factor de riesgo de victimización (bajo la influencia de distintas drogas las personas pueden exponerse a numerosas situaciones de riesgo). Por otro lado, desde el punto de vista criminológico se pueden dar varias modalidades de relación consumo/delito. Existen delincuentes que. dentro de su trayectoria antisocial desarrollan una toxicomanía- y toxicómanos que terminan delinquiendo por motivos relacionados con su hábito de consumo. Así. se podrían distinguir" distintos patrones delictivos (Leganés. 2010). de los que merecen especial atención dos:

1. La delincuencia inducida (debida a los efectos que la intoxicación tiene en el comportamiento del sujeto).
2. La delincuencia funcional (dirigida a la obtención de los reclusos necesarios para mantener el consumo).

3.2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La investigación sobre esquizofrenia y conducta violenta es especialmente prevalente. Las revisiones más recientes señalan un mayor riesgo en pacientes con el diagnóstico que en la población general (véanse Douglas. Guy y Hart. 2009: Hodgins. 2008). aunque el riesgo sea menor que el que suponen los rasgos antisociales- los ingresos psiquiátricos, el abuso de sustancias, la delincuencia juvenil o la psicopatía.

Entre las variables mediadoras, el contexto en el que vive el paciente (menor control social, problemas familiares o contextos marginales), las experiencias en la infancia (que determinan la capacidad de afrontar situaciones estresantes) y la comorbilidad o sintomatología asociada influyen en que el paciente responda o no de forma violenta (Markowitz. 2011). Cuando se controlan todas estas variables, la relación entre esquizofrenia y otras psicosis con la delincuencia y conducta violenta es más débil de lo argumentado. Esto indica que factores más allá del trastorno mental juegan un papel principal. Como norma general, el diagnóstico de psicosis no es ni suficiente ni necesario para establecer un riesgo de violencia elevado (Nederlof. Muris y Hovens. 2013).

A diferencia del paciente con esquizofrenia, el que padece un trastorno delirante mantiene conservadas sus capacidades y el delirio ha tomado forma de realidad (resultando factible y creíble a los ojos de terceros: acoso, amenazas, etc.). Precisamente esta verosimilitud de los relatos complica la detección de los casos y la estimación adecuada del riesgo. Junto a esta característica, no presentan el mismo deterioro cognitivo que los sujetos afectados por esquizofrenia, por lo que cuentan con una mayor capacidad para planear reacciones frente a la fuente del delirio. Los delirios más relacionados con la violencia son los de persecución y los mesiánicos (creencia de que se tiene que cumplir una misión).

El espectro de los trastornos psicóticos tiene repercusiones principalmente desde el punto de vista forense. A nivel básico, se trata de trastornos caracterizados por ideas delirantes y alucinaciones que afectan a la capacidad del sujeto de percibir la realidad. Aunque la presencia del diagnóstico sea un factor de riesgo a tener en cuenta, en combinación con otras variables, todos los pacientes con esquizofrenia o con otras psicosis no poseen un elevado riesgo (Fuertes. 2012). pese a la alarma social que generan contadas agresiones muy escandalosas y principalmente dirigidas contra el círculo familiar. Sus agresiones y delitos están relacionados directamente con su sintomatología y, por ello, los períodos de descompensación o cese del tratamiento son los de mayor riesgo. Por otro lado, el paciente con esta sintomatología corre un especial riesgo de cometer suicidio, en especial en los casos de jóvenes y sujetos con mayor conciencia del problema (insight) (Loinaz et al.. 2011). Este es un tipo de trastorno en el que con mayor probabilidad se puede considerar al sujeto inimputable. por la afectación cognitiva y volitiva que supone (siempre que la sintomatología esté relacionada con el delito cometido).

En el caso de los trastornos afectivos, podemos hablar de dos dimensiones relacionadas con la conducta delictiva: la depresiva y la maníaca.

Por un lado, de la depresión se tiende a afirmar que presenta una baja relación con delitos o agresiones. En este trastorno, son especialmente relevantes los casos de suicidio ampliado u homicidio por compasión (cuyo supuesto objetivo es evitar el sufrimiento de familiares y personas allegadas), así como determinado tipo de negligencias con relevancia penal.

Por otro lado, en el caso del trastorno bipolar puede existir" una asociación diferencial entre las distintas fases sintomatológicas y la conducta delictiva. La sintomatología que acompaña a las fases maníacas (impulsividad, grandiosidad e ideas delirantes) puede facilitar o propiciar la comisión de determinadas agresiones (interpersonal, destrucción de propiedades), así como delitos económicos (estafas). Una de las principales fuentes de conflicto en estos casos es el enfrentamiento con las personas que tratan de interponerse en sus objetivos y las ideas delirantes que les llevan a infringir la ley (Fuertes. 2012). La relación entre trastorno bipolar y conducta antisocial parece haberse confirmado tanto para la infancia como para la adolescencia y la edad adulta (Ellis, Beaver y Wriglit. 2009). En el caso de los adolescentes, es especialmente habitual el solapamiento de la actividad delictiva con una sintomatología depresiva, que puede quedar así encubierta, y desatendida, bajo lo llamativo de conductas problemáticas en el entorno escolar, familiar y social.

La investigación relaciona habitualmente el riesgo en los trastornos afectivos con la fase maníaca y no con la depresión. Sin embargo, trabajos como el de Yoon et al. (2012) ponen de manifiesto la necesidad de prestar atención al riesgo de homicidio de pacientes bipolares durante la fase de depresión. Aunque la comisión de delitos es significativamente superior durante la fase maníaca (86.8 % frente al 13.2 % de la fase depresiva), el homicidio, acompañado o no de suicidio, es significativamente superior en la fase depresiva (especialmente filicidio y parricidio).

Una de las principales indicaciones sobre estos trastornos es que suelen ir acompañados de una reducción de la imputabilidad. especialmente si cursan con

sintomatología psicótica o alucinaciones, o el sujeto presenta una comorbilidad relacionada con las sustancias.

3.4. Impulsividad y trastornos del control de los impulsos

La descripción de delincuentes impulsivos, o de su falta de control de los impulsos, al igual que ocurre con los rasgos narcisistas, no hace referencia necesariamente al diagnóstico de un trastorno concreto, sino a un rasgo presente en diversos trastornos y compartido por muchos delincuentes. Esto se debe a la existencia de una alta correlación entre la impulsividad y algunos trastornos de la personalidad (especialmente el límite, el antisocial y el histriónico). los problemas relacionados con el consumo de sustancias (facilitando el abuso o la agresión bajo sus efectos), el trastorno bipolar o la esquizofrenia (en ambos casos relacionada con los intentos de suicidio y agresiones en estos pacientes).

El control de los impulsos puede ser utilizado para diferenciar entre tipos de conducta delictiva y violenta. En concreto, la combinación de variables resulta útil a la hora de comprender las posibles motivaciones para delinquir o agredir, diferenciando entre conducta impulsiva — explosiva y en reacción a estímulos externos o internos— o instrumental — generalmente premeditada y dirigida a objetivos— (también denominadas reactiva y proactiva respectivamente). Pero, aun en estos casos aparentemente dicotómicos, la instrumentalidad de la conducta no implica necesariamente que el delito sea premeditado. Delitos contra la propiedad, como un robo, son instrumentales, pero pueden desarrollarse según surja la oportunidad y el contexto sea propicio, respondiendo a un patrón conductual impulsivo.

Al margen de la relación directa de la impulsividad con la conducta delictiva, dentro de los trastornos del control de los impulsos resulta especialmente relevante, para el caso de la violencia y delincuencia, el trastorno explosivo intermitente. En esencia, consiste en explosiones de agresividad que son desproporcionadas frente a los estímulos que las desencadenan. Otro ámbito de interés, descrito vagamente en los sistemas clasificatorios, sería el de las adicciones comportamentales (o adicciones sin droga), entre las que se encuentran por ejemplo la adicción al sexo, a las compras o a Internet, y que, en determinados casos, pueden derivar en algún tipo de delito o actividad de riesgo.

En resumen, dentro del espectro impulsivo hay una serie de trastornos asociados a delitos (Fuertes. 2012): la ludopatía (vinculada a robos, hurtos y estafas), el trastorno explosivo intermitente (con implicación principalmente en lesiones), la cleptomanía (relacionada con hurtos) y la piromanía (incendios). Como norma general, dejando de lado comorbilidades y/o la patología dual, los trastornos del control de los impulsos no suponen una afectación de las capacidades cognitivas y volitivas, por lo que el sujeto es plenamente imputable. Sólo en casos de elevada gravedad, en trastornos como la ludopatía, la cleptomanía y la piromanía, puede llegar a verse afectada la capacidad de dirigir la conducta conforme a la norma, por lo que se pueden apreciar disminuciones de la imputabilidad.

3.5. Trastornos de la personalidad

Las propias características de los trastornos de la personalidad (rigidez, inadaptación, inestabilidad o malestar) hacen que sea fácil su implicación en conductas delictivas y/o violentas, más aún cuando tiende a darse un solapamiento de síntomas

pertenecientes a distintos trastornos en la misma persona. En esencia, la mayoría de los trastornos de la personalidad se relacionan con algún tipo de delito (Andrews y Bonta. 2010). especialmente con delitos violentos (McMurrin y Howard. 2009; Stone. 2007) (véase tabla 14.1).

Las distintas alteraciones de la personalidad son uno de los componentes más presentes en los análisis del comportamiento delictivo, especialmente si es violento (véanse Ortiz-Tallo. Cardenal. Blanca. Sánchez y Morales. 2007; Ortiz-Tallo. Fierro. Blanca. Cardenal y Sánchez. 2006; Ortiz-Tallo. Sánchez y Cardenal. 2002). Sirva como ejemplo el caso de los agresores de pareja, donde el baile de ciñas, las contradicciones y las múltiples correlaciones son. como poco, complejas de enumerar (Loinaz y Ortiz-Tallo, 2013).

En el caso del trastorno antisocial, por ejemplo, los propios criterios diagnósticos hacen que sea frecuente el solapamiento entre la simple delincuencia común y el diagnóstico del trastorno de la personalidad, al margen de que los sistemas clasificatorios como el DSM recuerden que «los rasgos de personalidad antisocial sólo constituyen un trastorno antisocial de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, ocasionando un deterioro funcional significativo o malestar' subjetivo». Tal como analizaremos en el siguiente apartado, trastorno antisocial y psicopatía ni hacen referencia al mismo diagnóstico ni tienen las mismas manifestaciones conductuales. aunque se usen como sinónimos. El delincuente antisocial correspondería a un perfil delictivo más general, con un componente social o de estilo de vida de gran peso. El psicópata, como veremos, puede no ser antisocial y presenta un componente neurofisiológico particular, diferenciándose de forma cualitativa en su delincuencia.

En su revisión de biografías de delincuentes. Stone (2007) puso de manifiesto cómo todos los trastornos de la personalidad, excepto posiblemente el evitativo. pueden relacionarse con delitos violentos. Los trastornos o rasgos que en mayor medida se pueden relacionar con la violencia son el paranoide y el antisocial junto a los rasgos narcisistas (presentes en la mayoría de los delincuentes que anteponen sus intereses a los derechos de los demás), y otro tipo de trastornos no incluidos en los sistemas clasificatorios, como el sádico y la psicopatía.

En general, los trastornos de la personalidad tienen poca influencia en la imputabilidad. El análisis de 1.783 sentencias del Tribunal Supremo de España (en las que se había apreciado una eximente o atenuante de la responsabilidad penal entre los años 1996 y 2006) indica que la presencia de un TP se contempla en un 11,7 % de las sentencias (200 casos). De ellas, en un 21 % el TP supone la apreciación de una eximente incompleta (por la vía de la anomalía o alteración psíquica), en el 29 % la atenuante analógica, y en el 17 % la apreciación de la eximente por arrebató u obcecación, principalmente por la presencia de TP paranoide y límite (Cano y Confieras, 2009).

3.6. Psicopatía: un constructo específico

Aunque debe considerarse un diagnóstico diferente al trastorno antisocial de la personalidad (Torrubia y Cuquerella. 2008). en la actualidad sigue persistiendo la confusión y uso indistinto de ambos conceptos. Uno de los principales avances en el estudio de la relación entre psicopatología y violencia ha sido la descripción precisa de la psicopatía y la elaboración de protocolos de evaluación como la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R. Haré. 2003). que establece los criterios diagnósticos del trastorno (tabla 14.2). así como su reciente adaptación al contexto español (Moltó, Poy y Tomibia. 2010).

Los propios rasgos que definen al psicópata facilitan la relación de este trastorno con conductas delictivas (Muñoz, 2011; Pozueco, Romero y Casas, 2011); por ejemplo, el narcisismo, la impulsividad, la manipulación, la ausencia de empatía y la irresponsabilidad, al margen de los específicos de la faceta antisocial (problemas conductuales, quebrantamientos y versatilidad delictiva). Sin embargo, pese a que en el imaginario popular la imagen del psicópata que se evoca es la del asesino en serie, sádico y parafilico (protagonista de novelas y thrillers cinematográficos), debemos tener presente que igual de psicópatas pueden resultar los denominados delincuentes de cuello blanco (banqueros, estafadores, directores de empresa sin escrúpulos, políticos corruptos, etc.). Por ello, y aunque la psicopatía se relacione frecuentemente con la delincuencia violenta grave, no debemos perder de vista su relación con delitos económicos, e incluso su presencia en personalidades de alto estatus que (en ocasiones hasta que son pillados o denunciados) explotan, manipulan y someten a empleados y personas próximas, muchas veces sin necesidad de alcanzar niveles delictivos (desde el punto de vista jurídico, los psicópatas que no delinquen se denominan psicópatas integrados).

De los dos factores que se proponen para la sintomatología psicopática (Haré, 2003). interpersonal/afectivo y desviación social, el más psicológico y que puede ayudar a comprender la conducta de estos sujetos es el primero, dividido en la faceta interpersonal y la afectiva. Sin embargo, y en especial para los rasgos descritos en el factor 2. los criterios diagnósticos de la PCL-R corresponden más a expresiones conductuales del estilo cognitivo/afectivo del sujeto que a rasgos psicopatológicos (mentir, estafar, búsqueda de sensaciones, estilo parasitario, ausencia de metas y toda la faceta antisocial).

Resulta complicado acotar el rango de delitos posibles que se atribuye a sujetos con rasgos psicopáticos. De hecho, uno de los criterios diagnósticos que se incluye en la PCL-R es la versatilidad delictiva (tabla 14.2, ítem 20). no la severidad de los delitos, como algunos podrían pensar teniendo en cuenta la frecuente equiparación del sujeto con psicopatía al asesino sádico. Los sujetos con personalidad psicopática que cometen delitos generalmente utilizan la manipulación, el encanto, la amenaza o la intimidación para llevarlos a cabo. Cuando esto falla, sí se involucran en conductas violentas, así como cuando los rasgos psicopáticos se ven acompañados de alguna parafilia o sadismo. Por otro lado, se afirma que los psicópatas tienen más probabilidad de victimizar a desconocidos (con un objetivo instrumental) (Pozueco et al., 2011) y no a personas cercanas (mía agresión caracterizada por una mayor implicación emocional o por ser reactiva).

TABLA 14.2

Criterios diagnósticos de la psicopatía presentes en los ítems de la PCL-R (adaptado de Hare, 2003)

Factor 1. Interpersonal/afectivo	Factor 2. Desviación social
Faceta 1. Interpersonal	Faceta 3. Estilo de vida
1.Superficialidad 2.Grandiosidad 4.Mentira patológica 5.Estafas/manipulación	3.Necesidad de estimulación 9.Estilo de vida parasitario 13.Ausencia de metas 14.Impulsividad 15.Irresponsabilidad
Faceta 2.Afectiva	Faceta 4.Antisocial
6.Ausencia de remordimientos 7.Afecto superficial 8.Ausencia de empatía 16.No acepta responsabilidad	10.Pobre autocontrol 12.Problemas de conducta en la infancia 18.Delincuencia juvenil 19.Revocación de la libertad condicional 20.Versatilidad criminal
Ítems sin faceta	
11.Conducta sexual promiscua 17.Frecuentes relaciones de pareja breves	

Dada esta complejidad sintomatológica dimensional, parece aceptado afirmar que es reduccionista relacionar la psicopatía con la delincuencia, pues puede manifestarse de formas dispares, muchas de ellas no incluidas en los códigos penales. Tal como adelantábamos en los trastornos de la personalidad, las características clínicas de la psicopatía no corresponden al trastorno antisocial, e incluso se argumenta que las conductas antisociales pueden ser más una expresión del trastorno que un síntoma del mismo. Trabajos recientes ya cuestionan la medida en que el comportamiento delictivo explícito es un elemento esencial del constructo psicopático (véase, por ejemplo, Skeem y Cooke, 2010).

4. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

La revisión de la bibliografía sobre psicopatología y delincuencia pone de manifiesto algunas limitaciones en el ámbito, principalmente relacionadas con los sesos en las muestras de estudio y con la dimensionalidad y comorbilidad de los síntomas. Al margen de ello se pueden sacar las siguientes conclusiones y consideraciones prácticas:

Relación circular: los propios criterios diagnósticos de algunos trastornos hacen que su relación con la conducta delictiva sea más que probable. En el caso del TP antisocial, por ejemplo, la existencia de delincuencia (comportamientos ilegales) es un criterio básico del diagnóstico- por lo que es lógico que el trastorno esté presente en muchos delincuentes y. por tanto, se esté dando un razonamiento circular. Asimismo, la argumentada menor presencia de psicopatía en la comunidad puede deberse al gran peso que se ha otorgado a la delincuencia y la violencia en la creación del constructo. Además, la selección en las muestras hace que éstas no sean representativas de todas las personas con trastornos mentales (recordemos el caso de los psicópatas integrados).

Factor de riesgo: pese a las discrepancias, hemos visto cómo la psicopatología supone un factor de riesgo para distintos tipos de violencia. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, cuando estemos valorando el posible riesgo de una persona con trastorno mental no debemos perder de vista el riesgo de victimización que corren estas personas, así como el solapamiento existente entre la victimización y la conducta violenta (Jennings. Piquero y Reingle. 2012; LoinazetaL 2011).

Motivaciones: el hecho de que se dé una mayor correlación entre psicopatología y violencia que entre psicopatología y delincuencia, puede ser reflejo del peso que las motivaciones personales (junto a variables sociodemográficas) pueden tener en la elección de cometer delitos (por ejemplo. instrumentalidad. beneficios y necesidades), mientras que la conducta violenta, en muchas personas, podría ser más reactiva o impulsiva.

Dimensionalidad: más que trastornos específicos y categóricos, muchas veces puede resultar más útil tomar una perspectiva dimensional y prestar atención a síntomas o rasgos determinados que pueden promover conductas delictivas. Incluso en personas con trastornos como la esquizofrenia, se sabe que es más la presencia de determinadas situaciones (períodos de descompensación- agravamiento sintomatológico. abandono de tratamientos o mala adherencia) que el propio diagnóstico lo que determina posibles agresiones (Walsh. Buchanan y Faliy. 2002). Respecto a la personalidad, y aunque algunos diagnósticos evidentemente se relacionan con muchos delitos, son las dimensiones control de los impulsos, regulación afectiva, narcisismo y estilo paranoide las que mayor riesgo suponen (Néstor. 2002). Implicaciones terapéuticas: aunque la presencia de un trastorno mental no es ni suficiente ni necesario para explicar la conducta delictiva, su diagnóstico o conocimiento puede ayudarnos en otros sentidos. Pueden ser un buen punto de partida para conocer el tipo de problema, así como la gravedad a la que nos enfrentamos. En general, se recomienda un análisis funcional de la conducta delictiva, que tome en consideración comportamientos, pensamientos y emociones. Esto permitiría un mejor diseño, aplicación y evaluación de tratamientos, más allá de etiquetas clínicas que escasamente recogen los correlatos comportamentales del delincuente y pueden confundir más que ayudar (Redondo. 2008). Esta perspectiva va en la línea del modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad de Andrews y Bonta, principal referente en el campo de

la evaluación y tratamiento de la conducta delictiva (Andrews y Bonta. 2010). El modelo propone conocer qué sujetos necesitan una intervención más intensa (riesgo), tener en cuenta cuáles deben ser los objetivos para reducir la delincuencia (necesidades) y tomar en consideración la capacidad de cada sujeto para responder frente a la intervención que proponamos (responsividad).

Por último, algo en lo que hemos insistido, y que es importante recordar, es que la mayoría de los delincuentes y personas violentas no presentan un trastorno mental, y la mayoría de las personas con algún trastorno mental no se involucran en conductas delictivas. En definitiva, resulta más adecuado entender la psicopatología como un factor que, en combinación con otras variables contextuales o disposicionales, puede incrementar la probabilidad de conductas delictivas o violentas. La presencia de trastornos puede ser un punto de partida para implementar intervenciones específicas. no simplemente un factor de riesgo que determine la comisión de futuros delitos.

5. CASO PRACTICO

Varón de 50 años cumpliendo condena en prisión. Tras la desconfianza inicial por el desconocimiento de los objetivos de la entrevista, participa voluntaria y gratamente en todas las actividades propuestas. Se muestra hablador, dicharachero y próximo. La descripción de su historial delictivo, así como las vivencias de su infancia (escolarización. abandono. maltrato, pobreza, etc.)- las hace en tono jovial y chistoso, recreándose en cada detalle.

Historial delictivo

Mantiene su trayectoria y versatilidad delictiva desde la adolescencia. Acumula un largo y variado historial de delitos, con numerosos robos, delitos contra las personas (lesiones y homicidios consumados/intentados), delitos en el ámbito familiar y relacionados con el tráfico de drogas, entre otros. Cuenta con varios ingresos en prisión y en unidades psiquiátricas. El último delito por el que ha sido condenado es un homicidio. Dentro de su proceder delictivo se encuentran varios apuñalamientos. en el contexto de peleas con pares antisociales (por deudas económicas, por ejemplo), violencia en relaciones interpersonales (parejas) y robos. Al margen de sus rasgos impulsivos, sus agresiones se caracterizan por ser premeditadas, creando él mismo, en algunos casos, situaciones concretas en las que poder someter a las víctimas.

Historial psiquiátrico

Presenta un patrón de adicción a distintas sustancias desde la adolescencia, con consumo de heroína, cocaína, así como ingresos y tratamientos por alcoholismo. Presenta períodos de descompensación con ideación paranoide. que requieren ingresos psiquiátricos, y cuenta con intentos de suicidio en su historial. Al margen de ello, no se dispone de ningún diagnóstico de trastorno psicopatológico específico, y sus delitos no pueden relacionarse con estos períodos sintomáticos.

Rasgos personales

Se muestra satisfecho consigo mismo y con su vida. No muestra ninguna autocritica por los delitos cometidos e incluso alardea al describir sus venganzas. el cumplimiento de sus amenazas y la forma de

ejecutar los delitos. El sujeto describe detalladamente cualquier tipo de suceso, al margen de su gravedad-incluso disfrutando de los detalles macabros (sangre, sensaciones, planificación). Tiende a devaluar a las víctimas, hasta el punto de describirlas como

objetos o meros participantes inertes, sin sentimientos ni padecimiento por el daño que les causaba. Justifica una de sus agresiones (que terminó con la muerte de la víctima) aduciendo que él «ya se lo había dicho». En sus hurtos y robos solía usar igualmente algún tipo de amia blanca y, aunque afirma que no quería causar daño, disfrutaba viendo cómo sus víctimas se asustaban (e incluso se orinaban del miedo). Sus compañeros de prisión lo describen como alguien muy gracioso, pero con el que se tiene que tener cuidado según el día que tenga.

De la evaluación psicológica se desprende la presencia de un amplio rango de distorsiones cognitivas que refuerzan y justifican su conducta violenta, elevada impulsividad y pobre control de la ira. Se caracteriza por su desconexión emocional

(describe delitos graves como si fuesen una broma), su ausencia de remordimientos (considera que todo estaba justificado y que incluso eran respuestas a provocaciones), un estilo de vida parasitario (vivía a costa de otros), y la grandiosidad y superficialidad con la que se presenta (le gusta ser protagonista, controlar el entorno y todo es una broma para él).

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Teniendo en cuenta en el caso presentado los rasgos descritos, ¿qué tipo de trastorno o sintomatología concreta crees que caracterizaría a esta persona? A la vista del posible diagnóstico y la descripción de los hábitos delictivos (modus operandi, por ejemplo), ¿consideras que podría apreciarse una disminución de la imputabilidad o incluso su inimputabilidad? Por su tipología delictiva y motivaciones, ¿podría beneficiarse esta persona de un programa de tratamiento específico, por ejemplo, para agresores de pareja o agresores sexuales?

2. ¿La conducta delictiva debe formar parte de los criterios diagnósticos de algunos trastornos mentales, o debería ser considerada una posible manifestación conductual de determinadas patologías? ¿Qué datos apoyan cada opción? ¿Qué nos aporta a la cuestión el caso de la psicopatía?

3. En el capítulo se han mencionado algunas alteraciones psicológicas que se traducen en conductas delictivas: piromanía (incendios), pedofilia (abuso sexual infantil), síndrome de Munchausen por poderes (producción de síntomas médicos a un familiar, principalmente hijo), etc. ¿Es adecuado fijarnos en estos trastornos a la hora de analizar la relación entre psicopatología y delincuencia, o en realidad distorsionan la influencia real de los trastornos mentales en la comisión de delitos?

FORTALEZAS PSICOLÓGICAS: LA OTRA CARA DE LA PSICOLOGÍA

MARTA FERRAGUT
VANESSA GONZÁLEZ HERERO
NATALIA RAMOS

La psicología en general y la psicopatología en particular, como su nombre indica, le han dedicado mucho tiempo, libros y artículos al estudio de los trastornos psicológicos y al malestar del ser humano. Desde el comienzo del siglo XXI se ha destacado que el estudio de la mente humana se haya centrado en su parte más patológica, manteniéndose en el olvido las características positivas como el optimismo, la creatividad, el sentido del humor o la ilusión, entre muchas otras cualidades y fortalezas, que le ayudan a adaptarse a cada situación y a superar acontecimientos de forma natural. Esto ha sido ampliamente estudiado por algunos autores de reconocido prestigio como Seligman y Csikszentmihalyi. de universidades en Estados Unidos, y Fernández-Berrocal, Hervás, Vázquez y Vera, de las universidades de Málaga y de la Complutense de Madrid en España.

Al estudio de la otra cara de la psicopatología se le ha llamado psicología positiva. La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender qué procesos y variables están detrás de las cualidades y emociones positivas del ser humano. Esta concepción de la psicología no es tan reciente como se supone de manera científica, autores humanistas como Carl Rogers, Abraham Maslow o Eric Fromm ya defendían tendencias claramente positivistas desde la primera mitad del siglo XX.

En este sentido, cuando se trata de diseñar un tratamiento psicológico, tradicionalmente se ha tenido en cuenta el malestar y las emociones negativas para paliarlas o minimizarlas. Las nuevas líneas de la psicología positiva hablan de la posibilidad de centrarse también en el desarrollo de los puntos fuertes de cada persona, en utilizar los propios recursos naturales para el afrontamiento. e incluir esto en la evaluación y planificación terapéutica.

La psicología positiva ha puesto de manifiesto la importancia del estudio de aspectos del ser humano como las emociones positivas (la felicidad, la alegría o el amor) y fortalezas (el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría o la resiliencia). Estos aspectos se han demostrado importantes tanto para la salud psicológica como para la adaptación y superación de la enfermedad.

Por ejemplo, hay estudios, como los que recoge Sonjia Lyubomirsky en su libro *The how of happiness* (La ciencia de la felicidad), que dicen que la influencia de los ingresos económicos sobre la felicidad sólo es relevante hasta cubrir las necesidades básicas. A partir de un determinado nivel, mayores niveles de ingresos no parecen aportar mayores niveles de felicidad. Por el contrario- la cantidad y calidad de relaciones interpersonales se asocia a un mayor nivel de bienestar psicológico percibido. Otras variables, como el optimismo, la autoestima y la gratitud, o rasgos básicos de personalidad como la extraversión y la estabilidad emocional, también aparecen relacionados con mayores niveles de felicidad (Seligman. 2002).

En el ámbito de la psicología clínica, el campo que nos ocupa, la psicología positiva estaría presente siempre que se tengan en cuenta los factores protectores, los recursos y los aspectos positivos de las personas que sufren o que acuden a consulta.

Cuando se comienza una relación terapéutica, el primer paso siempre tiene que ver con la evaluación. Los psicólogos invertimos una parte importante de dedicación y esfuerzo a delimitar las variables importantes a tener en cuenta para poder realizar un diagnóstico y/o iniciar un tratamiento. Podemos evaluar el nivel de ansiedad, el estado de ánimo y también los rasgos de personalidad. Aunque el objetivo de este capítulo no tiene que ver con la evaluación de estas variables, queremos llamar la atención sobre la importancia de la evaluación de los aspectos saludables o positivos con los que ya cuenta esa persona, sus recursos para hacer frente a la adversidad y su potencial para afrontar la situación.

Dentro de la psicología positiva las fortalezas psicológicas son parte esencial en el estudio de estos aspectos. Actualmente gracias a los avances científicos, los psicólogos pueden utilizar herramientas eficaces que permiten a las personas, no sólo tratar el malestar emocional, sino prevenir su cronificación o afrontar la adversidad mediante el entrenamiento de técnicas y estrategias que nos hacen más fuertes y más sanos.

Lograr el bienestar, afrontar el sufrimiento, tener propósitos, relaciones y emociones positivas, ser optimistas, etc.. serían nuestros mejores recursos para evitar o tratar un trastorno mental. Veamos a continuación, más detenidamente, estas fortalezas.

1. FORTALEZAS PSICOLÓGICAS

Christopher Peterson y Martin Seligman publicaron en 2004 *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification* (Fortalezas del carácter. Libro de bolsillo y clasificación). En este libro se desarrolla una clasificación de fortalezas y valores humanos, tratando de unir los conceptos estudiados por la psicología positiva teniendo en cuenta a diferentes autores. Se trata, por tanto, de estudiar las variables que hacen que las personas sean más felices y se adapten mejor a las circunstancias.

Estas fortalezas y valores son universales, es decir, no están ligados a la cultura y están basados en amplias revisiones de valores morales, sugeridas en la historia. y en revisiones transculturales. En sentido contrario a esta clasificación de fortalezas estaría el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Los presupuestos comunes entre ambas clasificaciones se basan en que debe ser una clasificación flexible y que se pueda revisar con el tiempo. Incluye criterios específicos de las fortalezas.

En esta clasificación no están incluidos los talentos y habilidades (por ejemplo. inteligencia) ni características que podrían estar ligadas a la cultura (tales como limpieza/aseo).

Cada fortaleza es un conjunto de temas, y varias fortalezas componen lo que se ha denominado un «valor».

Para considerar una fortaleza dentro de esta clasificación, debe cumplir la mayoría de los diez criterios siguientes:

Debe contribuir a conseguir objetivos necesarios para una buena vida.

Aunque cada fortaleza es capaz de producir resultados deseables, cada fortaleza en sí misma es valorada aunque no produzca dichos resultados.

Cuando alguien posee una fortaleza, ésta no se ve minimizada por la presencia de otras personas.

Aunque se pueda nombrar un antónimo de cada fortaleza, no necesariamente significa lo contrario de esa fortaleza. Las fortalezas no son bipolares.

Una fortaleza debe ser manifiesta a través de los pensamientos, sentimientos o actuaciones de alguien: debe ser evaluable. Cada fortaleza es diferente de las demás y no puede descomponerse en otras. Cada fortaleza está avalada por características ya consensuadas a lo largo de la historia de la humanidad.

Hay personas que son prodigios en algunas de las fortalezas (apreciación de la belleza-creatividad, etc.).

Hay personas con una ausencia total de alguna de las fortalezas.

Las fortalezas son socialmente reconocidas, y la sociedad ha apoyado instituciones o agrupaciones que se encarguen de cultivar algunas de ellas.

Teniendo en cuenta todas las características mencionadas, esta teoría ha propuesto un total de 24 fortalezas que se agrupan en seis valores, de la siguiente manera.

Valor sabiduría y conocimiento. Hace referencia a fortalezas cognitivas relacionadas con la adquisición y uso del conocimiento. Incluye las siguientes fortalezas:

- Creatividad (originalidad- ingenio, novedosas formas de pensar y hacer cosas).
- Curiosidad (interés en explorar, descubrir).
- Apertura a la experiencia (capacidad de pensar examinando todas las posibilidades y de cambiar un pensamiento al encontrar una evidencia).
- Deseo de aprender (interés por aprender nuevos campos de conocimiento, de añadir sistemáticamente conocimiento al ya adquirido).
- Perspectiva (capacidad para dar consejos a otros desde una concepción del mundo que tenga sentido para uno mismo y los demás).
- Valor coraje. Fortalezas emocionales relacionadas con la voluntad de lograr metas, incluso cuando hay oposición tanto interna como externa. Comprende las fortalezas de:
 - Valor (pensar y actuar correctamente incluso cuando hay una oposición, actuando por convicciones y sin miedo a la dificultad).
 - Perseverancia (persistencia en lo que uno comienza, a pesar de los obstáculos, encontrando satisfacción en finalizar tareas).
 - Vitalidad (entusiasmo y energía en la vida).
 - Integridad (actuar de manera sincera, sin pretensiones, tomando responsabilidad de los propios actos y sentimientos).
- Valor humanidad. Fortalezas interpersonales que incluyen el contacto y las relaciones con los demás. Figuran las fortalezas de:
 - ✓ Amabilidad (incluye generosidad, compasión, amor altruista, etc. Capacidad de hacer favores, deseos positivos hacia los demás, ayuda y cuidado).
 - ✓ Inteligencia social (conocer los sentimientos de los demás y los propios, con capacidad para actuar ante ellos).

- ✓ Intimidad (valorar las relaciones cercanas, especialmente aquellas en las que se comparte el cuidado mutuo).
- ✓ Valor justicia. Fortalezas cívicas relacionadas con la vida comunitaria saludable. Reúne las fortalezas de:
- ✓ Ciudadanía (trabajar como miembro de un grupo, siendo leal al grupo y compartiendo).
- ✓ Justicia (tratar a los demás con equidad y justicia, siendo objetivo y ofreciendo oportunidades).
- ✓ Liderazgo (alentar a un equipo para conseguir metas y consiguiendo armonía dentro del grupo, organizando tareas).
- ✓ Valor templanza. Fortalezas protectoras de excesos. Se encuentran las fortalezas de:
- ✓ Autorregulación (capacidad de regular las propias acciones y emociones, autocontrol).
- ✓ Prudencia (elegir de forma cautelosa, tomando pocos riesgos).
- ✓ Perdón (capacidad para perdonar y ofrecer segundas oportunidades, sin necesidad de venganza).
- ✓ Humildad (conocer los propios defectos sin considerarse mejor que otros ni tener necesidad de admiración). Valor trascendencia. Fortalezas conectadas con la concepción del universo y que proporcionan significado. Abarca las fortalezas de:
- ✓ Apreciación de la belleza (ser capaz de notar y apreciar la excelencia en varias facetas de la vida, la naturaleza, el arte o las experiencias de cada día).
- ✓ Gratitud (ser consciente y agradecido por las cosas buenas que ocurren y expresar ese agradecimiento).
- ✓ Optimismo (esperar acontecimientos positivos del futuro y trabajar para conseguirlos).
- ✓ Humor (sentido del humor y las bromas, demostrar sonrisas a los demás y capacidad de bromear).
- ✓ Espiritualidad (fe, tener creencias de cualquier tipo sobre el significado de la vida- proporcionando confort e influyendo en la conducta).

2. FORTALEZAS Y PSICOPATOLOGÍA

Las fortalezas descritas se han estudiado junto a problemas psicopatológicos, para ver cómo se asocian a éstos y cuáles son los efectos que pueden tener sobre los problemas mentales. En la práctica clínica, lo que nos interesa es saber qué fortalezas son interesantes en relación al trastorno, para incidir en ellas durante el tratamiento.

Veamos los resultados hallados en algunos estudios:

Las personas que han demostrado capacidades en las fortalezas de optimismo, vitalidad y liderazgo tienen menos problemas de ansiedad y depresión que el resto (Park y Peterson, 2008). El optimismo parece estar relacionado negativamente con indicadores generales de angustia y desajustes escolares (Gilman, Dooley y Florell, 2006).

Se ha encontrado que personas con problemas de agresividad extrema han puntuado bajo en perseverancia, integridad, prudencia e intimidad (Park y Peterson, 2008).

El crecimiento postraumático es considerado el cambio positivo que una persona experimenta tras haber vivido un acontecimiento traumático, que suele ser el resultado de su esfuerzo para readaptarse. Este crecimiento se relaciona con las fortalezas de relaciones con los

demás (amabilidad e intimidad), de apertura a nuevas posibilidades (curiosidad, creatividad y deseo de aprender), de apreciación de la vida (apreciación de la belleza, gratitud y vitalidad), de fortalezas intrapersonales (valor, integridad y perseverancia) y con desarrollo espiritual (religiosidad) (Peterson. Park. Pole. D'Andrea y Seligman. 2008). Hay estudios relacionados con este crecimiento postraumático en los que se muestra que las personas que superan mi acontecimiento traumático obtienen posteriormente mayores puntuaciones en muchas fortalezas. Por ejemplo, en una muestra en Estados Unidos, comparada con otra europea, se encontraron aumentos significativos de algunas de las fortalezas dos meses después del ataque terrorista en Nueva York en septiembre de 2001. Diez meses después se volvieron a evaluar, y seguían siendo más elevados aunque en un grado menor. Estas fortalezas fueron gratitud, optimismo, amabilidad, liderazgo, intimidad, espiritualidad y ciudadanía (Peterson y Seligman. 2003). En España, el grupo liderado por Adolfo Benito ha realizado un estudio que investiga los factores asociados a la resiliencia (capacidad para sobreponerse a un período de dolor o trauma) después del atentado ocurrido el 11 de marzo de 2004 en Madrid. En este estudio las personas valoraron como el factor más positivo el apoyo del entorno sociofamiliar como forma natural de enfrentamiento al trauma, por encima de recibir Tratamiento psicológico.

Finalmente, se han encontrado las fortalezas de optimismo, amabilidad, inteligencia social, autorregulación y perspectiva como las amortiguadoras de los efectos negativos de estrés y traumas.

Los investigadores dedicados a la prevención descubrieron que hay fortalezas humanas que actúan como amortiguadores contra la enfermedad mental: el coraje, la confianza en el futuro, el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, trabajar con ética, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la autoconsciencia y la capacidad de fluir, por nombrar algunos. La psicología positiva surge como ciencia de la prevención en este siglo, la ciencia de las fuerzas humanas, cuya misión será entender y aprender la manera de fomentar estas virtudes para conseguir personas con mayor potencial humano (Seligman y Csikszentmihalyi. 2000).

3. RELATO

Aquel jueves 11 de marzo no era la primera vez que me subía a ese tren, que cogía ese recorrido y que despertaba a esas horas. Apenas unos minutos después llegó el tren. Poco antes de cerrar los ojos me fijé en las caras de la gente. Había jóvenes, adultos, españoles, extranjeros, trabajadores, curritos... Esos anónimos son hoy para mí un motivo para ser mejor persona, para luchar por mis objetivos... Casi todos murieron. Un par de minutos después me quedé totalmente dormido y creo que esa fue la última vez que vi la luz. Desde entonces.... tinieblas, borrascas, un segundo, un momento, cuatro malditas bombas y una panda de asesinos fueron mi despertador aquel día.

A veces en la vida nos cruzamos con personas sin saber lo que pueden suponer para nosotros. No reparamos en ellas... ¡Qué injusticia! Mi desgracia fue despertar ensangrentado, con la imagen del infierno delante. El resto de los viajeros fueron mi escudo. Les debo la vida, mi vida, mi esfuerzo y todo el cariño.

Tengo que dar las gracias a todos los servicios de urgencias, bomberos, ambulancias, SAMUR, policía nacional, policía municipal, guardias de seguridad de Renfe. a toda esa gente que por el camino me ayudó, me ofrecían sus teléfonos móviles, me daban ánimos a pesar de la cara de susto y de miedo que tenían ellos. Doy gracias a esa primera mujer que en las vías del tren me ofreció su móvil para que llamara a mi familia, gracias a esa policía que me llevó en el coche al hospital, gracias a todos los médicos, a los voluntarios del 12 de Octubre, a la enfermera que nada más llegar me ofreció su móvil para que llamara a mi familia, a los periodistas que estaban en la puerta del hospital, que se portaron muy bien y estaban muy afectados, pero sobre todo a esas

mujeres que estuvieron conmigo en la puerta del 12 de Octubre, ayudándome, llamando sin descanso a mi familia, por sus ánimos por todo... Me trataron como a un hijo.

Este día marcará mi futuro, porque cualquier cosa que veo desde entonces me parece pequeña. Pero sin duda alguna, lo que realmente me emociona es que en esta sociedad agresiva en la que vivimos reside la humanidad y la solidaridad que nunca pensé que podría ver. como yo vi ese día.

He aprendido que somos uno: que en momentos extremos la gente sólo sabe ayudar. Que la violencia sólo puede responderse con solidaridad y amor. Hablamos de esto en casa, con nuestros hijos. Necesito que la historia siga viva y que la moraleja del cuento haga que TODOS queramos ser mejores personas.

Este es un relato que une diferentes testimonios sobre lo ocurrido en el atentado terrorista del 11 de marzo de 2004.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y DEBATE

1. Lee y reflexiona sobre el relato presentado.
2. Trata de identificar las fortalezas o recursos que ha utilizado esta persona para enfrentarse a la situación vivida, si los hay.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.a ed. rev.

Washington. DC: APA (trad. cast.: Barcelona: Masson, 2002). American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5.a ed.

Washington. DC: APA. Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa. E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 2 (3), 403-409. Andrews. D. A. y Bonta. J. (2010). *The psychology of criminal conduct*, 5.a ed. New Providence. NJ:

LexisNexis. Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M. M. y Ceverino- Domínguez. A. (2007). Suicidio y esquizofrenia. En M. Roca-Bennasar (coord.). *Trastornos psicóticos*. Barcelona: Ars XXI.

Baita. S. (2004). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 3 (1), 34-40.

Beck. A. y Alford. B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment*, 2.a ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Becoña. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña. E. y Calafat. A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide

Belloch. A., Sandín. B. y Ramos. F. (2002). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Belloch. A., Sandín. B. y Ramos. F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Benito, A., Oudá. L., Benito. G., Lahera. G. y Fernández. A. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 30, 375-391.

Blaszczynski. A. y Nower. L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der*

Schizophrenien. Viena: *Aschaffenburgs Handb. der*

Psychiatrie. Bruckner, P. (2001). *La euforia perpetua. Sobre el deber*

de ser feliz. Barcelona: Tusquets. Caballo. V. a Salazar, I. C. y Carroble. J. A. (2011).

Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide. Cano, M. C. (2010). Trastornos psicopatológicos relacionados con la inmutabilidad. En J. C. Siena. E.

M. Jiménez y G. Buela-Casal (eds.). Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones, pp. 174-192. Madrid: Biblioteca Nueva. Cano. M. C. y Contreras, L. (2009). Valoración penal de los trastornos de la personalidad. En F. Expósito y S. Peña (eds.). Procesos judiciales. Psicología jurídica de la familia y del menor, pp. 21-28. Murcia: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense. Cañamares. J. M.. Castejón. M. A.. Florit. A.. González.

J.. Hernández. J. A. y Rodríguez. A. (2008). Esquizofrenia. Madrid: Síntesis. Clayton. R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (eds.). Vulnerability to drug abuse, pp. 15-51. Washington. DC: American Psychological Association. Coccaro, E. F. (2010). A family history study of intermittent explosive disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(15), 1101-1105.

Coccaro. E. F. (2011). Intermittent explosive disorder: Development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Comprehensive psychiatry*, 52 (2), 119-125.

Dixon. M. y Johnson. T. (2007). Impulse control disorders. En P. Sturmey (ed.). *The handbook of functional analysis and clinical psychology*, pp. 429-454. Nueva York: Elsevier.

Douglas. K. S., Guy. L. S. y Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135 (5), 679-706.

Echeburúa. E. y de Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M. A. Vallejo (ed.). *Manual de terapia de conducta*, vol. I. pp. 429-469. Madrid: Dikinson.

Echeburúa. E.. de Corral. P. y Amor. P. J. (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad*, pp. 133-141. Barcelona: Elsevier/Masson.

Echeburúa. E. y Fernández-Montalvo. J. (2008). Are there more personality disorders in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? A comparative study between the IPDE and the MCMI. *International Journal of Clinical and Health*

Psychology, 8, 53-64. Echeburúa, E. y Loinaz. I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En R. García. M. Bethencourt, E. Sola. A. Martín y E. Amias (eds.). *Violencia y psicología comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*, pp. 1-22. Granada: Gomares.

Ellis. L., Beaver. K. M. y Wright. J. P. (2009). Handbook of crime correlates. Londres: Academic Press. Fernández-Berrocal. P., Ramos. N., Vera. A., Extremera.

N. y Salovey. P. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional. Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME), 4 (8-9). Fierro. A. (2002). Personalidad, persona y acción. Un tratado de psicología. Barcelona: Alianza Editorial. Fuertes. J. C. (2012). Manual de psiquiatría forense.

Madrid: Aran. Gilman. R., Dooley. J. y Florell. D. (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. Journal of Social and Clinical Psychology, 25, 166-178.

Godoy. J. F., Godoy-Izquierdo. D. y Vázquez. M. L. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V. Caballo-1. C. Salazar y J. A. Carrobes. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos, pp. 363-393. Madrid: Pirámide.

Gradillas. V. (1998). Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos. Madrid: Ediciones Pirámide. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid: 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETSNO 2006/10.

Haré. R. D. (2003). The Haré Psychopathy Checklist- Revised (PCL-R), 2.a ed. Toronto: Multi-Health Systems. Healy. D. (2008). Mania: A short history of bipolar disorder Baltimore: The John Hopkins University Press.

Herrero-Gómez, V. y Cano-Vindel. A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6, 53-59.

Hodgins. S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment and prevention. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 363, 2505-2518.

Jablensky. A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: Implications for prevention. Aust N Z J Psychiatry, 34, suppl: S26-34; discussion S35-28.

Janiri. L., Martinotti. G., Dario. T., Schifano. F. y Briani. P. (2007). The gamblers' Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile. Substance Use and Misuse, 42, 975-984.

Jennings, W. G., Piquero. A. R. y Reingle. J. M. (2012). On the overlap between victimization and offending: A review of the literature. Aggression and Violent Behavior,

17 (1), 16-26. Jiménez-Murcia. S., Álvarez-Moya. E., Stinchfield. R., Fernández-Ai'anda. F., Granero. R., Aymainí, N..

Gómez-Peña. M., Jaurrieta, N., Bove. F. y Menchón. J. M. (2010). Age of onset in pathological gambling: Clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26, 235-248.

Kerber. C. S., Black. D. W. y Buckwalter. K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues Mental Health Nursing*, 29, 1018-1028. Kessler. R. C. Berglund. R. Chiu. W. T., Demler. O..

Heeringa. S., Hiripi. E. y Zheng. H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 69-92. Kessler. R. C. Coccaro, E. F., Fava, M., Jaeger. S., Jin. R. y Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 63 (6), 669-678.

Kirkbride. J. B. y Jones. P. B. (2011). The prevention of schizophrenia. What can we learn from eco-epidemiology? *Schizophrenia Bulletin*, 37, 262-211.

Kraepelin, E. (1893). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Ambrosio Barth. Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 513-526.

Lenng. A. y Clnie. P. (2000). Sex differences in schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinarica*, 101, 30-38. Lindenmayer. J. P. y Khan, A. (2008). Psicopatología. En J. A. Linebennan, T. S. Stroup y D. O. Perkins (dirs.), *Tratado de esquizofrenia*, pp. 187-221. Barcelona: Ars Medica.

Limaes. M. C. Santos. P., Camacho. L. Albiach. C. y Palau. C. (2003). Variables psicológicas y adictivas en una muestra de jugadores patológicos. *Anales de Psicología*, 19 (1), 75-80.

Loinaz. L. Echeburúa, E. e Irureta. M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology –Psicología Conductual* 19 (2), 421-438.

Loinaz. I. y Ortiz-Tallo. M. (2013). Índices de personalidad en la evaluación de agresores de pareja. En E. García-López (ed.). *Manual de Psicopatología Forense*. México: Manual Moderno. Lorenzo. M. C. (2006). *Alcohol*. Vigo: Nova Galicia Edicions.

Lyons-Ruth. K., Dntra. L., Schuder. M. y Bianchi. I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, pp. 63.

Lyubomirsky. S. (2008). The //oír of happiness: A scientific approach to getting the Ufe yon want. Nueva York: Penguin Press [trad. cast. (2011). La ciencia de la felicidad. Barcelona: Books4pocket]. March. D., Hatch. S. L., Morgan. C. Kirkbride. J. B., Bresnahan. M., Fearon. P. y Susser. E. (2008). Psychosis and Place. Epidemiólogo Revie^\\ 30, 84-100. Markowitz. F. E. (2011). Mental illness, crime. And violence: Risk. context. and social control. Aggression and Violertt Behavior, 16 (1), 36-44.

Martínez-Ortega. J. M., Carretero, M. D., Gutiérrez-Rojas. L., Díaz-Atienza. R. Jurado D. y Gmpegui. M. (2011). Winter birth excess in schizophrenia and in non-schizophrenic psychosis: Sex and birth-cohort differences. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biológica! Psychiatry, 35, 1780-1784.

Maslow, A. (1954). Motivación y personalidad. Barcelona: Sagitario.

McGrath. J. J. (2007). The surprisingly rich contours of schizophrenia epidemiology. Archives of General Psychiatry, 64, 14-16.

McKnight, R E. y Kashdan. T. B. (2009). The impoitance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. Ciútica! Psychological Review, 29, 243-259.

McMurrán. M. (ed.) (2013). Alcohol-related violence: Prevention and treatment. Oxford: Wiley-Blackwell.

McMurrán. M. y Howard. R. C. (eds.) (2009). Personality, Personaiity Disorder and Violence. Chichester. UK: John Wiley and Sons.

Millón. T. y Davis. R. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.

Millón. T. y Davis, R. (2006). Trastornos de la Personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad (2011). Situación y tendencia de los problemas de drogas en España. Madrid: España.

Moitó. J., Poy. R. y Torrubia, R. (2010). Adaptación española del PCL-R: análisis psicométricos en muestras penitenciarias. En R. D. Haré (ed.). Escala de evaluación de psicopatía de Haré Revisada (PCL-R), 2.a ed., manual técnico, pp. 233-263. Madrid: TEA.

Montes. A., Pérez. M. y Gestal. J. J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. Adicciones, 16(2), 75-82.

Morel. B. A. (1869). Traite des malades. París: Masson.

Moreno. B. (2004). Trastornos somatomorfos y disociativos. En M. Ortiz-Tallo (coord.). Trastornos Psicológicos. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe.

Moreno-Küstner. B.. Arroyo. B.. Torres. F.. Luna. J. D. y Cervilla. J. (2007). Social predictors of out-patient mental health contact in schizoplirenia patients. Social Psychiaty and Psychiatric Epidemiólogo, 42, 452-456.

Moreno-Küstner. B.. Godoy. J. F.. Torres. F. y López. P. (2003). Características sociodemográficas de una cohorte de pacientes esquizofrénicos del Área Salud Mental Granada Sur. Psiquis, 24, 24-29.

Moreno-Küstner. B.. Jiménez-Esté vez. J. F., Godoy-García. J. F.. Torres-González, F. y Pérez Costillas. L. (2002). Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes esquizofrénicos. Actas Españolas de Psiquiatría, 30, 279-286.

Moreno-Küstner. B.. Mayoral. R. Pérez. O.. García. J. M.. Algana. J.. Rivas, F. y Gomemann. I. (2009). The Málaga Schizophrenia Case-Register (RESMA): Overview of Methodology and Patient Cohoit. International Journal of Social Psychiatry, 55, 5-15.

Moreno-Küstner. B.. Mayoral. R. Rivas. R. Angona. P., Requena. J.. García-Herrera. J. M. y Bellón. J. A. (2011). Factors associatedcl with use of community mental health services by schizophrenia patients. using multilevel analysis. BMC Health Senice Research, 11, 257.

Muela. J. A. y Godoy. J. R (2002). El estrés en la esquizofrenia: la emoción expresada. Revista Española de Motivación y Emoción, 3, 87-100.

Muñoz. J. M. (2011). La psicopatía y su repercusión criminológica: un modelo comprehensivo de la dinámica de personalidad psicopática. Anuario de Psicología Jurídica, 21, 57-68.

Nederlof. A. R. Muris. P. y Hovens. J. E. (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. Aggression and Violent Behavior, 15 (1), 183-189.

Néstor. P. G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. American Journal ofPsychiatry, 159(12), 1973-1978.

Nickerson. A.. Aderka. I. M. Bryant. R. A. y Hofinann. S. G. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intennittent explosive disorder. Psychiatry research, 197 (1-2), 128-134.

Nielsen. A.. Prondnikov. D. y Kreek. M. (2011). The genetics of impulsivity. En J. Grant y M. Potenza (ecls.). The oxford handbook of impulse control disorders, pp. 217-231. Nueva York: Oxford University Press.

Noguera. E., Bayona. H. y Dávila. A. (2007). Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2), 349-358.

Obiols. J. E. (ed.) (2008). *Manual de psicopatología general*. Biblioteca. Madrid: Biblioteca Nueva.

Organización Mundial de la Salud (1992). C1E-10: Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid: Meditor.

Ortiz-Tallo. M. (coord.) (2004). *Trastornos psicológicos*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe.

Ortiz-Tallo. M., Blanca. M. J., Ferragut. M. y Cobos. S. (2011). Personalidad y perfiles clínicos relacionados con el éxito o recaída e el tratamiento de jugadores patológicos. *Escritos de Psicología*, 4(1), 18-24.

Ortiz-Tallo. M., Cancino. C. y Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23 (2), 339-347. Ortiz-Tallo. M. y Cardenal. V. (2004). *El apasionante mundo de la personalidad*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe. Ortiz-Tallo. M., Cardenal. V., Blanca. M. J., Sánchez, L.

M. y Morales. I. (2007). Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychological Reports*, 100 (3 II), 1065-1075. Ortiz-Tallo. M., Fierro. A., Blanca. M. J., Cardenal. V. y

Sánchez, L. M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18 (3), 459-464.

Ortiz-Tallo. M., Sánchez. L. M. y Cardenal. V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II (Millón. 1999). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(3), 144-153.

Os. J. van. Hanssen. M., Bijl. R. V. y Vollebergh. W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 5, 663-668.

Os. J. van. Pederson, C. B. y Moitensen. P. B. (2004). Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2312-2314.

Park. N. y Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling*, 12, 85-92.

Pascual. F. y Guardia. J. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Oviedo: Socidrogalcohol.

Pérez Sales. P. (2008). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M. A. Jiménez(ecls.). Tratado de psiquiatría. Madrid: Ene Life

Publicidad. S. A., y Editores. Peterson. C. y Seligman, M. E. R (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14, 381-384.

Peterson. C. y Seligman. M. E. P. (2004). Character Strengths and Virtues. A handbook and classification. Nueva York: Oxford University Press & American Psychological Association.

Peterson. C. Park. N.. Pole, N., D'Andrea. W. y Seligman. M. E. P (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 214-217.

Petry, N. M.. Stinson. F. S. y Grant. B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.

Pozuelo. J. M.. Romero. S. L. y Casas. N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense. psiquiátrico-legal y criminológico (parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17, 175- 192.

Redondo. S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.

Redondo. S. y Andrés-Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28 (3), 147-156.

Rogers. C. (1979). El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós.

Rosen. T. y Chen. M. (2001). Factitious disease of the breast of a male due to injection of liquid plastic. *International Journal of Dermatology*, 40, 743- 746.

Sadock. B. J. y Sadock. V J. (2011). Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Barcelona:

Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins. Sauz. J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch. B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*, vol. 2. 2.a ed. revisada, pp. 271-298. Madrid: McGraw-Hill.

Sarason. I. G. y Sarason. B. R. (2006). Psicopatología: psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada. Madrid: Prentice-Hall.

Schneider. K. (1975). *Patopsicología clínica*, 4.a ed. Madrid: Paz Montalvo.

Schreiber. F. R. (1973). *Sybil* Kirkus Review.

Seligman. M. E. P. (2002). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. Nueva York: Free Press.

Seligman. M. E. P. y Csikszentmihalyi. M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Skeem. J. L. y Cooke. D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22 (2), 433-445.

Spiegel. D. (2005). Treatment of acute traumatic stress reactions. *Journal of Trauma Dissociation*, 6 (2), 101- 108.

Stone. M. H. (2007). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health*, 1 (2), 138-153.

Strain. J. J., Newcom. J. y Cartagena. A. (2003). Trastornos adaptativos. En M. G. Gelder. J. J. López- Ibor y N. Andreasen. *Tratado de psiquiatría*, tomo II. pp. 922-933. Barcelona: Ars Médica.

Tormbía. R. y Cuquerella. A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal* 34 (1), 25-35.

Usall. J., Haro. J. M., Araya. S., Moreno. B., Muñoz. R E., Martínez. A. y PSICOST group (2007). Social functioning in schizophrenia: what is the influence of gender? *European Journal of Psychiatry* 21, 199-205.

Váleles. M. (2000). *Psicobiología de los síntomas psicósomáticos: texto docente*. Barcelona: Masson.

Vallejo Ruiloba. J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría*, 7.a ed. Barcelona: Masson y Elsevier.

Vallejo Ruiloba. J. y Leal Cercos. C. (2005). *Tratado de psiquiatría*, vol. II. Barcelona: Ars Médica.

Van der Hart. O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele. K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la disociación crónica*. España: Editorial Desclee de Brouwer.

Vázquez. C. (1990). El concepto de conducta anormal. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, vol. I. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Vázquez. C. y Hervás. G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Vázquez. C, Hervás. G.. Hernán Gómez. L. y Romero. N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 139-165.

Vera. B. (2006). *Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología*. *Papeles del psicólogo*, 1, 3-8.

Vinkers. D. J.. de Beurs. E.. Barendregt. M.. Rinne. T. y Hoek. H. W. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21 (5), 307-320.

Wakefield. J. C. (2009). Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry*, 8 (2), 87-88.

Walsh. E.. Buchanan. A. y Fahy. T. (2002). Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180 (6), 490-495.

Yanes. J. (2008). *El control del estrés y el mecanismo del miedo*. Madrid: Edaf.

Yoon. J.-H.. Kim. J.-H.. Choi. S. S.. Lyu. M. K.. Kwon. J.-H.. Jang. Y.-I. y Park. G.-T. (2012). Homicide and bipolar I disorder: A 22-year study. *Forensic Science International*, 217 (1-3), 113-118.

Edición en formato digital: septiembre de 2013

© Margarita Ortiz-Tallo De esta edición: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya. S.A.)

2013

Calle Juan Ignacio Luca de Tena. 15

28027 Madrid

piramide@anaya.es

ISBNebook: 978-84-363-2963-6

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro

electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagrafica

www.edicionespiramide.es