Psicología Clínica

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, HORMONALES Y PSICOLÓGICOS

Universidad de Guanajuato

Luis Felipe A. El Sahili González

Colaboración especial
Arturo Jalife Álvarez
Yolanda Hernández Pantoja

Digitized by Google

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, HORMONALES Y PSICOLÓGICOS

LUIS FELIPE A. EL SAHILI GONZÁLEZ

Colaboración especial

ARTURO JALIFE ÁLVAREZ

YOLANDA HERNÁNDEZ PANTOJA

Digitized by Google

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y sus características, bajo cualquiera de sus formas —electrónica o mecánica— sin el consentimiento previo del Editor o Productor.

Este libro forma parte del Proyecto de Mejora Institucional de la ENMS de León de la Universidad de Guanajuato y se publica con su apoyo.

Primera edición, 2010
D. R. © Universidad de Guanajuato
Lascuráin de Retana No. 5
Guanajuato, Gto., México
C.P. 36000

Producción: ENMS de León de la Universidad de Guanajuato
Blvd. Torres Landa esq. Blvd. Hermanos Aldama s/n
Colonia San Miguel; C.P. 37390
Tels. (477) 712-9719, 712-9666; Fax 712-8424
León, Gto., México

Edición: Universidad de Guanajuato
Revisión: Mtro. Arturo Jalife Álvarez, Yolanda Hernández Pantoja y Ángeles Vela González
Corrección: Luis Felipe A. El Sahili González
Idea de la portada: Luis Felipe A. El Sahili González
Colaboración especial: Arturo Jalife Álvarez y Yolanda Hernández Pantoja

ISBN: 978-607-00-3326-1
Indautor: Reservados todos los derechos
Impreso en México / *Printed in Mexico*

2

Digitized by Google

DEDICATORIA

A mi familia: María de los Dolores, Yolanda, Karime Manzur y Luis Felipe

A la genialidad metodológica del Dr. Roberto Hernández Sampieri

A la Mtra. Ofelia Hernández Pantoja

A todos mis alumnos

Luis Felipe A. El Sahili Glez.

Digitized by Google

Digitized by Google

AGRADECIMIENTOS

Deseo iniciar estos agradecimientos reconociendo la influencia favorable de mi amigo, el Dr. Roberto Hernández Sampieri, como introductor en la maravillosa tarea de la Investigación Científica.

Asimismo, deseo corresponder al Dr. Sergio Mora Cázares, director de la ENMS de León de la Universidad de Guanajuato, no sólo por las muestras de afecto e impulso que siempre ha tenido conmigo —de las cuales este libro es ejemplo palpable—; sino también por ser fuente de estímulo y desarrollo para muchos docentes que hemos crecido en su administración.

Igualmente agradezco a mi amigo, el Mtro. Arturo Jalife Álvarez, por su colaboración en dos partes importantes de este libro: *Personalidad* y *Alternativas Terapéuticas*, así como por su lectura comprometida. También a la Mtra. Yolanda Hernández Pantoja, por su acompañamiento a lo largo de esta obra y por su exhaustivo análisis. En el mismo sentido, le brindo mi reconocimiento a Ángeles Vela González, por su precisión en la lectura y excelentes recomendaciones para llevar a buen término esta obra.

Finalmente, quiero expresar mi profunda gratitud a mi familia por su apoyo y comprensión, por apreciar el tiempo y dedicación que requiere una obra como esta.

Luis Felipe A. El Sahili González

Digitized by Google

Digitized by Google

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es acercar al docente y al estudiante a una de las temáticas que más espacio ha ocupado y preocupado a los profesionales de la salud mental: el estudio de la Personalidad.

Esta labor se realiza con el objetivo de auxiliar a los estudiantes de nivel bachillerato, licenciatura o incluso otros niveles más avanzados, que requieran de un manual para consultar los diferentes conceptos y características alrededor de la compleja temática de la Psicología Clínica.

Este libro se compone de dos fracciones, la primera parte —la más breve— habla sobre los diferentes trastornos del Sistema Nervioso Central y de las Glándulas Endócrinas; la segunda parte —la más extensa— se refiere a los principales trastornos mentales que existen. Su estudio y clasificación tiene como base el DSM IV-TR y el CIE-10 —los más importantes manuales diagnósticos de la actualidad—, así como la consulta en diversas fuentes que hablan de manera general de esta temática, como los siguientes libros: *Los Trastornos de Ansiedad y Fobias: Una perspectiva conductual,* de Beck, Emery y Greenberg; *Estructura y normalidad en la personalidad normal y patológica,* de Bergeret; *Las Esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos,* de Chinchilla Moreno; *Ferri consultor clinico 2006-2007: Claves diagnosticas y tratamiento,* de Ferri; *Psicología Clinica: El estudio de la personalidad y la conducta,* de Garfiel; *Tratado de Psiquiatria Clínica,* de Hales y Yudofsky; *Manual de Psiquatría Médica,* de Moore y Jefferson; *Introducción a la Psicología,* de Morris; *Tratado de los Trastornos de la Personalidad,* de Oldham, Skodol y Bender; *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión,*

Digitized by Google

de Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer; *Métodos en Psicología Clínica,* de Weiner, por mencionar los más importantes. También tiene como base algunos libros de carácter específico como: *Reeducación funcional en la Enfermedad de Parkinson,* de Cudeiro Mazaira; *Miedo a comer,* de Ladish; y *Cerebro y motricidad: Funciones sensoriomotrices,* de Massion, por mencionar sólo algunos.

Esta investigación fue concebida desde un principio para brindar una explicación etimológica y definición de cada trastorno (tanto biológico como psicológico), para posteriormente hablar de sus causas, epidemiología, correcto diagnóstico; así como las precauciones que se deben tomar respecto del diagnóstico diferencial, la mortalidad, etc.; para finalizar con las alternativas terapéuticas.

Más allá de este dispositivo didáctico formativo, se pretende que el estudiante pueda incluso lograr valorar a título personal la necesidad de reconocer e iniciar un trabajo de acompañamiento, asesoría o tutoría. O también de algún tipo de terapia psicológica. Pues de alguna manera, al realizar una lectura sobre la personalidad y sus diferentes manifestaciones psicopatológicas, se hace necesario estar en otra dimensión para comprender a través de la propia introspección.

Digitized by Google

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS 5
INTRODUCCIÓN 7

1 EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA PERSONA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA 13

1.1 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) 15

1.1.1 Las patologías cerebrales 21

1.2 EL SISTEMA ENDÓCRINO 30

1.2.1 Alteraciones del Sistema Glandular 35

2 PERSONALIDAD NORMAL Y ANORMAL 41

2.1 LA SALUD MENTAL 43

2.1.1 La personalidad saludable 43

2.2 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD 44

2.2.1 Personalidad 44
2.2.2 Concepto de personalidad: una aproximación para su estudio 45
2.2.3 Normalidad-anormalidad 47
2.2.4 Trastornos de la personalidad 50
2.2.5 Desordenes de personalidad 52

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD 62

2.3.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 62
2.3.2 Trastorno de Pánico (TP) 63
2.3.3 Fobias 67
2.3.4 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) 72
2.3.5 Estrés 75

Digitized by Google

2.3.6 *Burnout* 80

2.4 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (TD) 83

2.4.1 Amnesia Disociativa (AD) 84
2.4.2 Trastorno de Fuga Disociativa (FD) 88
2.4.3 Trastorno de Identidad Disociativa (ID) 90

2.5 TRASTORNOS SOMATOFORMES 93

2.5.1 Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) 94
2.5.2 Hipocondriasis 94
2.5.3 Somatización 96
2.5.4 Trastorno Somatomorfo del Dolor (TSD) 98
2.5.5 Conversión 100

2.6 TRASTORNOS MENTALES MAYORES 102

2.6.1 Psicosis 103
2.6.2 Esquizofrenia 108
2.6.3 Trastorno Bipolar (TB) 113
2.6.4 Trastornos Delirantes (TD) 117

2.7 TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN 119

2.7.1 Anorexia 121
2.7.2 Bulimia 124
2.7.3 Obesidad 125
2.7.4 Ortorexia 129
2.7.5 Vigorexia 130

2.8 ADICCIONES 133

2.8.1 Tabaquismo 135
2.8.2 Alcoholismo 135
2.8.3 Consumo de alimentos dañinos para la salud 136
2.8.4 Otras adicciones 137

2.9 ALTERNATIVAS PSICOTERAPÉUTICAS 138

Digitized by Google

2.9.1 Desarrollo de la Terapia Psicoanalítica 138
2.9.2 Desarrollo de la Terapia Conductual 140
2.9.3 Desarrollo de la Terapia Transaccional 140
2.9.4 Desarrollo de la Terapia Rogeriana 142
2.9.5 Desarrollo de la Terapia Gestalt 144

BIBLIOGRAFÍA 147

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Principales fobias. 68
Tabla 2 Diagnóstico diferencial entre Anorexia y Bulimia. 125
Tabla 3 Índice de Masa Corporal y su relación con el riesgo a la salud. 128

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Imagen del encéfalo y la médula. 15
Ilustración 2 Imágenes de las meninges. 16
Ilustración 3 Líquido cefalorraquídeo. 17

Digitized by Google

Digitized by Google

PRIMERA PARTE

1 EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA PERSONA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA

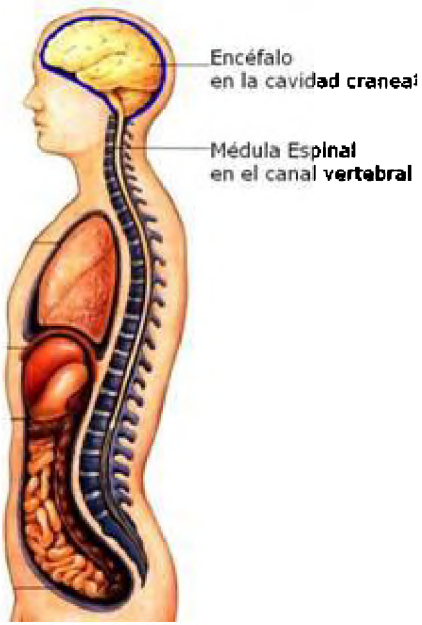
Digitized by Google

Digitized by Google

1.1 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

El sistema nervioso central lo forman el encéfalo y la médula espinal en su conjunto; su importancia radica en que es quien ordena y ejecuta las acciones; también es quien se encarga de sentir lo que existe en el entorno, así como dentro de sí mismo, a través de sus partes sensitivas.

Ilustración 1 Imagen del encéfalo y la médula.



Función del sistema nervioso central

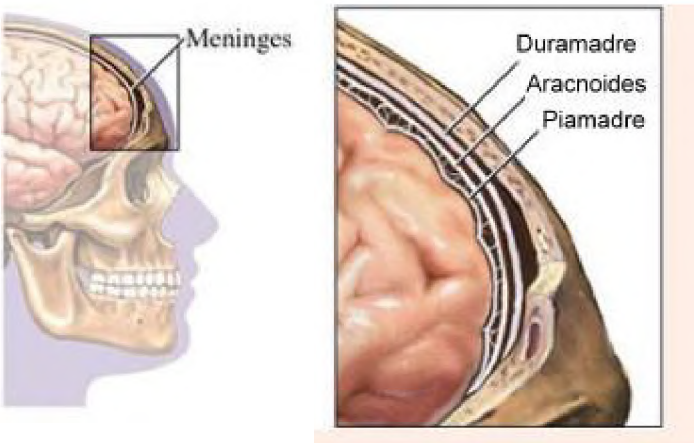
La función del SNC es recibir y procesar las sensaciones que le envían los sentidos y trasmitir órdenes motoras.

Digitized by Google

Protección del sistema nervioso central

Protección física. El sistema nervioso central está protegido por ciertas estructuras blandas llamadas duramadre, aracnoides y piamadre, que se ubican en la parte externa, media e interna, respectivamente, conocidas usualmente como meninges. También están cubiertas por estructuras óseas, como el cráneo y la columna vertebral.

Ilustración 2 Imágenes de las meninges.



Protección química. El SNC posee una barrera hematoencefálica que sirve como dique a las sustancias tóxicas que se encuentran entre los vasos sanguíneos y el encéfalo. Esta barrera permite que entre fácilmente el oxígeno y la glucosa.

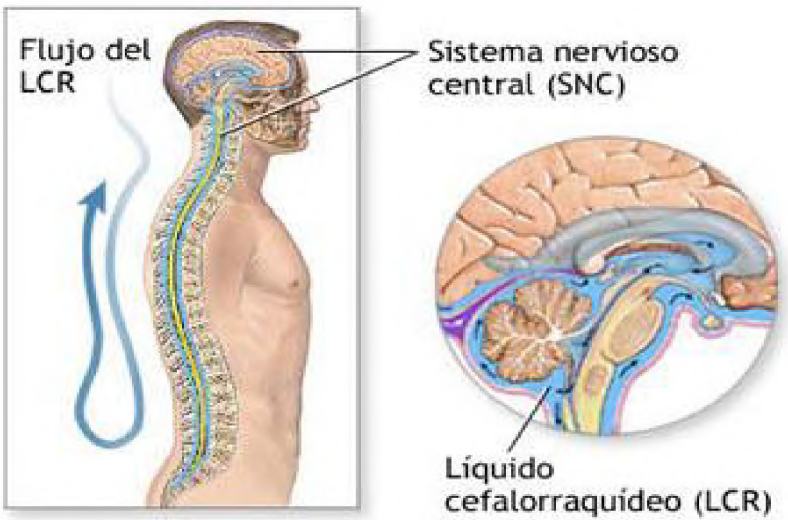
Existen huecos, llamados ventrículos, en el cerebro; y el conducto ependimario en la médula espinal. Ambas cavidades están llenas de un líquido transparente llamado

Digitized by Google

cefalorraquídeo[1]. Según Liem (2001), este líquido tiene las siguientes funciones:

- Sirve como medio para que se eliminen sustancias (función linfógena).
- Para mantener el equilibrio adecuado de iones.
- Como amortiguador mecánico (función "antichoques").
- Como lugar para que ocurra el intercambio de determinadas sustancias.
- Función inmunológica, igual a la de la linfa en la sangre.

Ilustración 3 Líquido cefalorraquídeo.



[1] Por encontrarse tanto en el cerebro como en la médula.

Digitized by Google

Materia gris y materia blanca

El SNC está formado por dos grupos celulares que se distinguen a simple vista, llamados sustancia gris y sustancia blanca. El color está relacionado con la alta o baja irrigación sanguínea, que en el caso de la materia gris se requiere con mayor necesidad para las neuronas; en el caso de la materia blanca, no es tan necesaria, pues está formada principalmente por axones y dendritas, para conducir la información.

Partes del encéfalo

El encéfalo está compuesto por el cerebro, el cerebelo y el tallo cerebral.

El cerebro. Se encuentra en la parte más alta y es el órgano más grande del encéfalo. Se divide en dos hemisferios que son separados por la cisura interhemisférica —y a su vez en tres lóbulos, separados por la cisura de Rolando, Silvio y perpendicular interna (Rouviere, 2001)—. El Cuerpo Calloso es la estructura que se encarga de unir a ambos hemisferios. La parte superficial o externa del cerebro, está constituida por la corteza cerebral; en ella existen las circunvoluciones cerebrales que evolutivamente ayudaron a darle más espacio a la materia gris. Abajo se encuentra la materia blanca. Sin embargo, en ciertas áreas profundas también se observan regiones grises.

El cerebelo. Está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior, junto al tronco del encéfalo; su principal función radica en lograr que el movimiento se realice de forma fina y coordinada (Massion, 2001).

Digitized by Google

El tallo del encéfalo. Está compuesto por el mesencéfalo, la protuberancia anular y el bulbo raquídeo. Conecta el cerebro con la médula espinal.

La médula espinal

Es una prolongación del encéfalo, que se introduce en el cuerpo. En ella, a diferencia del cerebro, la sustancia gris se encuentra en el interior y la blanca en el exterior.

Diferencia entre Sistema Nervioso Central y Periférico

Mientras que el Sistema Nervioso Central tiene un papel coordinador y ejecutor consciente, el Sistema Nervioso Periférico regula las respuestas hacia los órganos internos de forma inconsciente; además, no está protegido por huesos o por la barrera hematoencefálica, permitiendo la exposición a toxinas y daños mecánicos.

Estructura del Sistema Nervioso Periférico (SNP)

El Sistema Nervioso Periférico lo forman los nervios craneales y espinales. Estos nervios proceden del Sistema Nervioso Central, y se encuentran presentes en todo el cuerpo.

Los nervios craneales: están constituidos por 12 pares que envían información sensorial pero también controlan la musculatura.

- Par I. Nervio olfatorio. Con función quimiorreceptora.
- Par II. Nervio óptico. Con función fotorreceptora.
- Par III. Nervio motor ocular común. Con función motora.
- Par IV. Nervio patético del ojo. Con función motora.

Digitized by Google

- Par V. Nervio trigémino. Función sensitiva para la cara y motora para la mandíbula.
- Par VI. Nervio abducens externo. Con función motora para el músculo recto del ojo.
- Par VII. Nervio facial. Con función motora para los músculos de la cara y sensitiva para una parte de la lengua.
- Par VIII. Nervio auditivo. Con función sensitiva.
- Par IX. Nervio glosofaríngeo. Quimiorreceptor y motor.
- Par X. Nervio neumogástrico o vago. Con función mixta.
- Par XI. Nervio espinal. Con función motora.
- Par XII. Nervio hipogloso. Con función motora.

Los nervios espinales. Están constituidos por 31 pares y se encargan de enviar información sensorial hacia el Sistema Nervioso Central y de enviar información motora de él.

- Ocho pares de nervios raquídeos cervicales (C1-C8).
- Doce pares de nervios raquídeos torácicos (T1-T12).
- Cinco pares de nervios raquídeos lumbares (L1-L5).
- Cinco pares de nervios raquídeos sacros (S1-S5).
- Un par de nervios raquídeos coccígeos (Co).

Clasificación funcional del Sistema Nervioso

Existe también una clasificación funcional que se divide en Sistema Nervioso Voluntario e Involuntario.

El Sistema Nervioso Involuntario a su vez se divide en Sistema Simpático y Parasimpático (Braillon, 1992):

Digitized by Google

- El Sistema Parasimpático: ayuda a la regulación del sistema simpático.
- El Sistema Simpático: genera mayoritariamente la taquicardia y ayuda a la activación del sistema voluntario.

1.1.1 Las patologías cerebrales

1.1.1.1 Epilepsia

Etimología y definición

Proviene del griego, *επιλεψια*, que significa intercepción. Es una enfermedad crónica que se identifica por convulsiones repetitivas cada determinado período, y que deja consecuencias neurológicas, psicológicas y sociales.

Las crisis epilépticas son convulsiones espontáneas, caracterizadas por una actividad neuronal excesiva en el cerebro, en ocasiones el sujeto no pierde la conciencia cuando está pasando por este trance.

Etiología

La epilepsia tiene su origen en daños cerebrales que pueden provenir de traumas, infecciones o tumores, aunque la predisposición genética suele ser la principal causa, con mayor razón si la epilepsia se origina en la infancia (Vallejo, 1998).

Digitized by Google

Diagnóstico

El diagnóstico de la epilepsia es relativamente sencillo, pudiéndose comprobar fácilmente con un electroencefalograma.

Mortalidad

La mortalidad de los pacientes con epilepsia suele ser de dos a cuatro veces superior respecto de quien no la tiene, esto debido a los accidentes, suicidios y muerte súbita (Vallejo, 1998).

Tratamiento

El tratamiento farmacológico, con anticonvulsivos suele ser sumamente prometedor para los pacientes que sufren de esta enfermedad, aunque a veces falla por intolerancia e ineficacia, lo cual debe hacer que se cambie de fármaco con frecuencia (Quevauvilliers & Perlemuter, 2004); también se usa la cirugía, en algunos casos, y por sus consecuencias y secuelas se recomienda que se dé también terapia psicológica.

1.1.1.2 Parálisis Cerebral

Etimología y definición

La palabra parálisis proviene del griego, *παρα* (para), que significa impropio, y *λισις* (lisis), que significa disolución, y hace alusión a algo que no funciona adecuadamente; por otra parte, la palabra cerebral se refiere a lo que ocurre en el cerebro. La Parálisis Cerebral se define como una enfermedad relacionada con la incapacidad de las personas del control de sus

Digitized by Google

músculos; también puede haber espasmos momentáneos o rigidez de ciertas partes, con perturbaciones de la postura.

La Parálisis Cerebral es una enfermedad que no es degenerativa, pero no por ello su abordaje es menos complejo, ya que se requiere ver su evolución dinámica en el individuo, por lo que demanda de un trabajo multidisciplinario (Netter, 2002). Su problema radica en un daño al cerebro y no en los músculos, usualmente esta lesión se da en la etapa fetal o perinatal, aunque tiene mayor prevalencia en niños con poco peso al nacer (Stokes, 2006).

Epidemiología

Existe un niño por cada mil con algún padecimiento relacionado con la Parálisis Cerebral, esta cifra aumenta en los países subdesarrollados.

Desarrollo

Esta enfermedad se puede desarrollar desde el período de gestación hasta los primeros 3 años o incluso más. Los adultos comienzan a observar cambios respecto del tono y fuerza muscular, también la postura se puede ver afectada. Aunque, como ya se dijo, esta enfermedad no es progresiva, sin embargo, afecta al desarrollo de la alimentación, lo que origina que la persona degenere por este motivo.

Etiología

En términos generales el mal desarrollo del SNC es la causa de la Parálisis Cerebral.

Digitized by Google

Antes del nacimiento el producto puede desarrollar Parálisis Cerebral, por anoxia o enfermedades infecciosas, como la rubéola o inclusive enfermedades endocrinológicas de la madre. En el momento del alumbramiento, las causas están más vinculadas a la anoxia. Después del nacimiento es raro observar las anteriores causas en esta enfermedad, porque en general se asocia a traumatismos cerebrales o infecciones.

1.1.1.3 Enfermedad de Parkinson

Etimología y definición

La Enfermedad de Párkinson, lleva ese nombre en honor del Dr. James Parkinson, quien en 1817 la describiera y documentara. La enfermedad de Parkinson (EP). Es un trastorno del movimiento, pero además genera problemas cognitivos, emocionales y vegetativos. A diferencia de la epilepsia y la Parálisis Cerebral, anteriormente descritas, es un padecimiento crónico-degenerativo, que genera que con el tiempo se tenga una incapacidad creciente en el movimiento.

Etiología

Cudeiro Mazaira (2008) menciona que hasta el momento no se ha conseguido dar con un método definitivo que cure la enfermedad, aunque los tratamientos farmacológicos y los quirúrgicos han dado buenos resultados:

Tratamiento farmacológico

Levodopa. Fue el primer fármaco utilizado para esta enfermedad, aunque con diversos efectos secundarios.

Digitized by Google

Levodopa con Carbidopa. Esta mezcla disminuye importantemente los efectos secundarios de la Levodopa pura, ya que la vuelve más disponible en el cerebro que en los órganos que la reciben en un primer momento.

Amantadina. Esta droga tiene dos acciones: evita que se recapture la dopamina, por un lado, y también ayuda a que se produzca más.

Anticolinérgicos. No actúan directamente en el sistema dopaminérgico, sino más bien en el sistema de la Acetilcolina, que es el que predomina en la Enfermedad de Parkinson.

Tolcapone. Se administran paralelamente con Levodopa, para lograr incrementar la dopamina.

Tratamiento quirúrgico

Palidotomía. Que destruye el *Globus Palidus*.

Trasplantes. Aunque los trasplantes han sido utilizados desde hace muchos años y han generado muchas ilusiones a las personas con este mal, no se ha logrado realmente mucho en la práctica.

Estimulación cerebral profunda. La cual funciona con base en el mismo principio de los marcapasos cardíacos. Unos electrodos son implantados en el Tálamo o en el *Globus Pallidus* y conectados a un dispositivo similar a un marcapaso cardíaco.

Digitized by Google

Desarrollo

La enfermedad inicia comúnmente en una parte del cuerpo, pero posteriormente se hace presente de manera global. En algunos pacientes evoluciona de forma menos aguda que en otros: pueden haber poco temblor, por ejemplo. En otros puede ser muy rápida y tener complicaciones, o por el contrario, ser sumamente lenta.

Diagnóstico

En la actualidad, el diagnóstico tiene como base la experiencia clínica ante la presencia de la tríada rigidez-temblor-acinesia[2] ya que no existen pruebas biológicas.

Epidemiología

Este mal es el segundo trastorno degenerativo del sistema nervioso, poco después del primero que es la Enfermedad de Alzheimer. Afecta usualmente a las personas de más de 60 años y no respeta condición social o de género.

1.1.1.4 Esclerosis múltiple

Etimología y definición

La palabra esclerosis proviene del griego, *σκληρος* (skleros), que significa dureza, y *οσις* (osis), que significa afección; es decir, afección por endurecimiento. La esclerosis múltiple es una enfermedad relacionada con la pérdida de mielina en el

---

[2] Hipoactividad psíquica y motora o parálisis muscular.

Digitized by Google

sistema nervioso central. Aunque no tiene cura, se puede controlar con la acción medicamentosa.

Etiología

No obstante que en la actualidad no se conoce con claridad las causas que generan la Esclerosis Múltiple, se considera que está relacionada con la destrucción paulatina, por parte del propio sistema inmunológico del paciente, de la mielina. Precisamente no se sabe qué factores hacen que el Sistema Inmune considere a la mielina un cuerpo extraño y lo ataque (Anaya, Shoenfeld, Correa, García-Carrasco, & Cervera, 2005).

Síntomas

Para Cuppett y Walsh (2007) los principales síntomas son los siguientes:

- Neuritis óptica: disminución o pérdida de la visión.
- Paresia y parestesia: pérdida de fuerza y cansancio del cuerpo.
- Alteraciones en la sensibilidad.
- Problemas urinarios.

Desarrollo

La mayoría de los casos se presentan con varios ataques que pueden llegar a ser incapacitantes. También al inicio se puede perder la visión y tener intenso dolor de cabeza. En esta enfermedad puede producirse una curación casi milagrosa después de varios ataques, para posteriormente regresar intempestivamente (reincidencia-remisión). Asimismo puede darse un deterioro paulatino (principal-progresiva) o bien

Digitized by Google

pueden combinarse ambas, es decir puede haber remisión de los síntomas para caer en una etapa más aguda (accesorio-progresiva) (Holland, Murray, & Reingold, 2002).

Uno de cada cinco afectados presenta una forma apacible del padecimiento, ya que los síntomas parecen no progresar y, por lo tanto, el funcionamiento no se altera en lo sucesivo. Sin embargo, hay otros pacientes, uno de cada 10, que desafortunadamente presentan una rápida y constante afectación, que inclusive puede llevar a la muerte.

En general la mayoría de los pacientes presentan poca movilidad o invalidez.

Clasificación

Existen muchos tipos de Esclerosis Múltiple, lo cual hace muy complejo su ordenamiento.

Epidemiología

Esta enfermedad es, después de la epilepsia, la enfermedad neurológica más extendida, y en occidente la más importante en cuanto a la generación de invalidez[3]. Afecta al menos a una persona, por cada mil habitantes.

[3] Se debe recordar que en los países no desarrollados, todavía la poliomielitis está presente.

Digitized by Google

1.1.1.5 Apoplejía

Etimología y definición

Este término proviene del griego, *αποπληξία* (apoplejía), y se puede definir como un suceso cerebrovascular que hace que mueran las células nerviosas como consecuencia de la falta de sangre. Cuando ocurre puede no haber pérdida de conciencia o producir un desmayo, dependiendo de la gravedad del daño.

Desarrollo

Una vez que ocurre un accidente cerebrovascular, la persona evoluciona muy lentamente hacia la mejoría, esto debido a la acción de remplazo de las neuronas. Por eso, se debe proveer lo necesario para que el paciente sea atendido y para que sus familiares sepan lo que se debe hacer.

Tratamiento

El tratamiento se puede dividir en medidas generales y específicas. Las medidas generales van encaminadas a evitar que existan posteriores derrames, y las medidas específicas al logro de la recuperación de las funciones.

Epidemiología

Para Sabán Ruiz (2009), en Europa se da un caso por cada 10,000 habitantes, siendo la población masculina la que presenta mayor prevalencia, en el caso de las personas mayores de 65 años su prevalencia aumenta a 1 de cada 20.

Digitized by Google

1.1.1.6 Enfermedad de Alzheimer

Etimología y definición

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso Central que trae como consecuencia una falla cognitiva y conductual progresiva. De manera constante se va perdiendo la memoria la cual tiene un lapso de diez años de gestación.

Aunque al principio la enfermedad fue definida por Kraepelin, lleva el nombre de Alois Alzheimer, porque éste estudio su desarrollo como síndrome nervioso.

1.2 EL SISTEMA ENDÓCRINO

El sistema endocrino[4] está constituido por un grupo de partes del organismo que suministran ciertas sustancias al cuerpo, también tiene células especializadas y glándulas. Está implicado en:

- Controlar la intensidad de las funciones celulares.
- Transportar sustancias a través de las células.
- Regular la homeostasis orgánica.

Es pertinente su estudio en la Psicología Clínica, porque la falta o exceso de la secreción hormonal puede influir de forma directa o indirecta en la conducta. Al igual que los nervios mandan mensajes, las hormonas lo hacen (aunque de forma

---

[4] También llamado sistema hormonal.

Digitized by Google

más lenta[5]), y esos mensajes pueden ser determinantes para entender el pensamiento y conducta humana. Las hormonas intervienen en procesos tales como: activación-somnolencia, apetencia-inapetencia, agresividad-pasividad, concentración-atención, reacciones emocionales, conducta sexual y estados de ánimo; asimismo, pueden generar enfermedades relacionadas con la ansiedad y la depresión, por mencionar solamente dos.

Según Alcaraz Romero y Gumá Díaz (2001), las hormonas se pueden clasificar de tres formas:

- Según su química: aminas, péptido-proteicas y esteróideas.
- Según su solubilidad.
- Según la ubicación de los receptores.

También se puede agregar la siguiente clasificación:

Orgánicas y sintéticas. Las hormonas pueden clasificarse en orgánicas y sintéticas, las primeras son segregadas por el propio organismo y, las segundas, son fabricadas por el ser humano para ser empleadas como medicamento para ayudar a curar ciertos trastornos o suplir su falta.

Locales y generales. Las hormonas se pueden clasificar además en locales y generales. Mientras las locales ejercen

---

[5] Las hormonas afectan el funcionamiento de ciertos órganos o tejidos que se encuentran distantes, a las células contiguas o incluso a las mismas células que la sintetizaron.

Digitized by Google

influencia en un lugar concreto, las generales la realizan en todo el cuerpo. Un ejemplo de hormona local es la secretina, mientras que general, puede ser la adrenalina. En el primer caso, solamente afectaría al intestino y, en el segundo caso, a todos los músculos del cuerpo.

Estructuras del Sistema Endócrino

Hipófisis. Esta estructura se localiza al interior del cerebro, y por su complejidad se le considera la "glándula maestra" (Morris & Maisto, 2001). Su parte anterior libera varias hormonas que estimulan la función de otras glándulas como la corteza suprarrenal, la glándula tiroides, la hormona estimulante de los folículos y la hormona luteinizante, que estimula las glándulas sexuales, y la prolactina, que influye en la producción de leche en las glándulas mamarias. También influye en la producción de la hormona del crecimiento, llamada somatotropina, que favorece el desarrollo de los tejidos del organismo. Asimismo, estimula la síntesis de melanina en las células pigmentadas o melanocitos.

Hipotálamo. Produce la hormona antidiurética que se almacena en el lóbulo posterior de la hipófisis, esta hormona controla la excreción de agua producía por los riñones. También la hipófisis almacena oxitocina, que proviene del hipotálamo, la cual está implicada en las contracciones musculares y la emisión de leche.

Igualmente, la hipófisis y el hipotálamo influyen en la conducta humana, principalmente con el comportamiento y apetito sexual (Morris & Maisto, 2001).

Digitized by Google

Glándulas suprarrenales[6]. Se dividen en dos partes, la médula (interna) y la corteza (externa). La médula produce adrenalina, que es una hormona compleja que hace que se enfrenten mejor las situaciones de emergencia: incrementa la actividad cardíaca, la tensión arterial, contracción muscular, aumento de glucosa en la sangre, etc. La corteza elabora un grupo de hormonas denominadas glucocorticoides, que son importantes, entre otros aspectos, para la adaptación al estrés. Asimismo regulan el equilibrio de agua y sal e influyen en el sistema inmunológico. Además, las glándulas suprarrenales también producen hormonas masculinas y femeninas.

Tiroides y paratiroides. La tiroides es una glándula que se encuentra en el cuello. Su función está relacionada con las actividades metabólicas y de consumo de oxígeno; también con la regulación del crecimiento y maduración; asimismo influye en el estado de alerta. La glándula tiroides también está implicada en la reabsorción de calcio. Por otro lado, la glándula paratiroides se encuentra a un lado de la tiroides y se encarga, de modo más importante, de la regulación del calcio y fósforo.

Ovarios. Son las gónadas femeninas, tienen forma de almendra y están implicadas en la reproducción. Aunque producen óvulos, también producen estrógenos implicados en las características sexuales secundarias de las mujeres. Además de lo anterior, numerosos estudios sugieren que *"... los estrógenos y la progesterona parecen influir en las estructuras cerebrales que modulan la cognición y emoción y*

---

[6] Reciben este nombre por localizarse sobre los riñones.

Digitized by Google

que se asocian con un perfil de actividad cerebral específica" (Solís-Ortiz, 2006, pág. 1).

Testículos. Las gónadas masculinas tienen forma de huevo y se encuentran en pares y suspendidas. Ahí se produce un grupo hormonal llamado: andrógenos; dentro de este grupo, la hormona más importante es la testosterona, aparte de influir en las características sexuales secundarias, también interviene en la conducta agresiva según numerosos estudios; aunque como menciona Morris y Maisto (2001), la falta de testosterona produce irritación. Un dato curioso es que los niveles de testosterona son mayores en solteros, intermedios en casados sin hijos, y bajos en casados con hijos, lo cual pudiera hablar de una respuesta orgánica para adaptarse a la pareja y tolerar la crianza de los hijos (Gray, Kahlenberg, Barrett, Lipson, & Ellison, 2002).

Páncreas. El páncreas produce insulina y glucagón, la insulina influye para que se utilice la glucosa y el glucagón aumenta los niveles de azúcar al liberar glucosa del hígado.

Riñones. Secretan renina, activadora de la hormona angiotensina del hígado y que está implicada en la tensión arterial, que genera un deterioro cognitivo y estimulación de las glándulas suprarrenales. También producen eritropoyetina, involucrada en la producción de glóbulos rojos en la médula ósea.

El tracto gastrointestinal. Produce sustancias, como la gastrina, que incrementa la acidez en el estómago; y la

Digitized by Google

colescistoquinina[7] y secretina, que se generan en el intestino delgado y que, a su vez, estimulan al funcionamiento del páncreas.

1.2.1 Alteraciones del Sistema Glandular

1.2.1.1 Bocio

Etimología y definición

Proviene del francés, *bosse*, y éste a su vez del latín, *bottia,* que significa bulto. Esta enfermedad se puede definir como la ampliación de la tiroides produciendo deformación o abultamiento, de ahí su origen etimológico.

Etiología

La causa más común es idiopática, es decir, de origen desconocido; aunque se suele asociar a la falta de yodo; también los tumores la pueden generar.

Diagnóstico

Según Netter (2003), para el diagnóstico del bocio debe haber un interrogatorio profesional sobre hábitos y antecedentes familiares, una palpación médica y análisis de laboratorio e imagen.

---

[7] También ayuda a la contracción de la vesícula biliar.

Digitized by Google

Desarrollo de la enfermedad

El curso de la enfermedad suele ser muy caprichoso, puede ser que se cure o se agudice, eso es difícil de predecir. Debido al bocio, puede haber un excedente o falta de hormona tiroidea, lo cual puede llevar al híper o hipotiroidismo.

Tratamiento

- Yodo radiactivo. Si la tiroides produce un exceso de hormona (para encogerla).
- Cirugía. Si se requiere extirpar la glándula.
- Yodo en pequeñas dosis. Si se debe a una falta de éste elemento.
- Hormona tiroidea. Cuando existe una deficiencia de esta hormona.

1.2.1.2 Diabetes

Etimología y definición

El origen de esta palabra data desde la antigüedad; proviene del griego, *δια* (día), que significa a través de, y *βαινειν* (bainein), que significa ir; es decir, "ir a través de algo". Esto significaba para los griegos que la bebida que ingería la persona, no se detenía sino pasaba a través de su cuerpo.

Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de glucosa en la sangre.

Digitized by Google

Tipos de diabetes

Tipo I. Dependiente de insulina, se da más en jóvenes y es hereditaria.

Tipo II. No es dependiente de insulina, se da más en adultos y proviene de la dieta.

Para Kumar, Abbas y Fausto (2006), los principales síntomas son:

Polidipsia. Se presenta una necesidad mayor de beber, que proviene de una sed excesiva.

Poliuria. Se presenta la necesidad de orinar frecuente y abundantemente.

Polifagia. Alta necesidad de comer.

Pérdida de peso. El paciente pierde peso sin explicación, a pesar de que se ha alimentado bien.

Un síntoma del la diabetes vinculado con la Psicología Clínica es la depresión mental. También se sabe que esta enfermedad produce una hiperexcitabilidad de las neuronas; brusquedad e irritabilidad espontánea.

Digitized by Google

1.2.1.3 Híper e hipotiroidismo

Definición

Existe un exceso o falta de la hormona tiroidea. Dentro de los síntomas físicos se encuentra la hiperfagia, pérdida de cabello, piel enrojecida, fatiga, temblores e hipertensión.

Los síntomas psicológicos principales son: nerviosismo, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, menor capacidad para tolerar el estrés.

En el hipotiroidismo existe a la inversa una falta importante de hormona tiroidea. Si aparece en los niños, se da enanismo y retraso mental, y en adultos debilidad y malestar generalizado.

1.2.1.4 Menopausia

Etimología

Proviene del griego, *μεν* (men), que significa mes, y *παυσις* (pausis), que significa pausa.

Definición

Se define como la época en que los ovarios de la mujer, dejan de producir los óvulos que de manera periódica originaban cada mes, dejando de ser fértiles.

Signos y síntomas

- Irregularidad. Antes de la llegada de la menopausia se comienza a volver irregular el ciclo menstrual.

Digitized by Google

- Ardores. Se puede sentir una sensación de ardor en todo el cuerpo o en la parte alta del mismo; la cara y el cuerpo pueden enrojecerse, la forma como afecta a las mujeres es muy diversa, puede ser casi imperceptible o inclusive muy molesta.
- Vejiga y vagina. Algunas mujeres presentan más probabilidad de infecciones en la vagina e incontinencia en la vejiga, de manera más importante ante algún esfuerzo.
- Sueño. Se puede incrementar los trastornos del sueño.
- Sexo. Puede haber más dolor al tener relaciones sexuales.
- Osteoporosis y cardiopatías. Con la menopausia aumenta la pérdida de calcio y la probabilidad que la mujer tenga afecciones cardíacas, iguales a las del hombre.

Diagnóstico

La menopausia se diagnostica positiva cuando ha pasado más de un año después de la última menstruación.

Tratamiento

Los principales tratamientos tienen su base en los estrógenos y la tibolona que ayuda a que se conserve la masa ósea.

Digitized by Google

Digitized by Google

SEGUNDA PARTE

2 PERSONALIDAD NORMAL Y ANORMAL

Digitized by Google

Digitized by Google

2.1 LA SALUD MENTAL

2.1.1 La personalidad saludable

Se han discutido cuáles son los factores implicados en la salud mental de las personas; los indicadores más examinados han sido los siguientes:

- La frecuencia para hacer el bien.
- El hacer frente a la vida.
- Obtener el sentido de la existencia.
- Vivir la vida con entusiasmo.
- Estar sereno.
- Tener capacidad de perdonar.
- No depender de nadie para poder funcionar psicológicamente.
- La superación de los obstáculos diarios y que éstos no afecten a los pensamientos o sentimientos.

Derivado de los anteriores, en últimas fechas se han postulado cinco aspectos constituyentes de la salud mental, los cuales se mencionan a continuación.

El bienestar afectivo. El bienestar afectivo tiene dos importantes dimensiones: por un lado se encuentra la experiencia de vivir el placer y, por otro, la de encontrarse activo. Esta combinación descrita por Warr (1987), menciona la forma en que el ser humano se traslada en un círculo entre el placer-desagrado y la actividad-pasividad.

Mantener la competitividad. La salud mental se refleja en la capacidad de hacer frente a la competencia: lograr tener

Digitized by Google

buenas relaciones personales, sentirse capaz de vencer los obstáculos y tener trabajos remunerativos, hacen sentir a las personas que son competitivas.

Autonomía. La autonomía está constituida por la capacidad de tener opiniones y actuar con base a las mismas, así como ser apto para hacer frente a los factores externos. Una persona sana tiende a buscar decisiones independientes en su área de dominio.

Aspiraciones. La persona sana está interesada en mejorar, para lo cual se propone objetivos reales y lucha por alcanzarlos. Es decir, sus metas son medibles (las puede cuantificar), realizables (sabe que tiene los recursos para su ejecución) y localizadas en una época (toma en cuenta el período de tiempo en el que las lleva a cabo).

Funcionamiento integrado. Este último componente, es complejo y sutil. El funcionamiento integrado se refiere a la persona como un todo. Las personas que son psicológicamente sanas muestran equilibrio, armonía y relación con los demás.

2.2 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2.2.1 Personalidad

Desde el punto de vista coloquial, o cotidiano, si se le pregunta a la gente: ¿Qué entiendes por personalidad?, —se invita al lector a que haga este ejercicio— se encontrarán respuestas como las siguientes: “Es lo que da distinción, porte, presencia, autoridad”, y más allá podrán argumentar que existen individuos que tienen más *personalidad* que otros, como si se

Digitized by Google

tratase de un asunto meramente cuantitativo y fácil de apreciar, con base en su apariencia, manera de vestir, hablar y, no en pocos casos, hasta en su forma de fumar, sosteniendo que "les queda" y les da mucha *personalidad*.

Pero desde una postura científica, ¿qué es la personalidad?, sobretodo para un acercamiento con estudiantes interesados especialmente en el campo de la Psicología o de las Ciencias Sociales.

2.2.2 Concepto de personalidad: una aproximación para su estudio

La personalidad se puede definir como aquellos aspectos relativamente estables en los individuos que los diferencian de los demás y los hacen únicos, así como susceptibles de comparación con otros.

Tal propuesta definicional, como se puede analizar destaca tres aspectos importantes a saber:

- La presencia de rasgos o características permanentes.
- La singularidad de sujetos únicos.
- La comparación o diferenciación entre sujetos.

Para entender la personalidad se adoptarán dos criterios:

Primer modelo. Este modelo procede desde la tradición psicométrica denominada Teoría de los Tipos o Rasgos, que se desarrolla a partir de los resultados estadísticos, comparando de esta manera a todos los sujetos y que se reconoce como una visión nomotética. Se encuentran entre los principales exponentes a: Eysenck, con la *Teoría de los Tipos* (1916);

Digitized by Google

Cattell, con la *Teoría de los Rasgos* (1905); Freud, con la *Teoría Psicoanalítica* (1911); Jung, con la *Teoría Analítica* (1961); Adler, con la *Teoría Individual* (1937), entre otros.

Segundo modelo. Este segundo modelo corresponde a aquellos psicólogos que consideran al sujeto con características únicas, denominada como visión Idiográfica[8] como en el caso de los siguientes autores: Allport, con la *Teoría de los Rasgos* (1967); Kelly, con la *Teoría del Constructo* (1966); Maslow, con la *Teoría Humanista* (1970); Rogers, con la *Teoría del Sí Mismo* (1987), principalmente.

En suma, el modelo nomotético pone el acento en las diferencias individuales en tanto que el Idiográfico lo hace con la propuesta de individuos únicos. Dichas aproximaciones intentan abordar el estudio de la personalidad entendiendo al sujeto en función de lo diverso o lo único. De esta manera, los acercamientos teóricos han mostrado posturas diferentes que a la fecha no han podido ser integrados o aceptados como un saber único y válido. El estudio de la personalidad continúa "en la mesa de trabajo" de la Psicología, todavía sin un acuerdo universal al respecto. Por lo tanto, las preguntas siguen latentes en el sentido de cómo y cuánto un sujeto en específico es parecido o diferente de los otros o es único en cuanto a los demás.

Gracias a este acercamiento se podrá encuadrar la dificultad y diversidad de las disímiles aproximaciones psicológicas y

---

[8] Se debe escribir idiográfica y no ideográfica, porque no proviene de la palabra idea, sino del griego *ἰδιος* (idios), que significa "propio".

Digitized by Google

contextualizar de alguna manera los contenidos centrales subsiguientes.

2.2.3 Normalidad-anormalidad

Es difícil hacer una diferenciación rápida y clara entre lo normal y lo patológico de la personalidad. Por lo tanto, no se pretende abrir un debate para tratar este asunto, se dejará en las manos y consideración de los docentes y alumnos que prefieran ahondar a título personal sobre estas cuestiones.

Existe un trabajo muy interesante desarrollado por Bergeret (2001), acerca de los diferentes momentos y propuestas relacionadas con las categorías de lo normal y lo anormal, el cual se recomienda de manera amplia.

La noción de normalidad en principio se encuentra orientada y sostenida por el porcentaje mayoritario de comportamientos a un ideal colectivo, y prácticamente referida como un proceso de adaptación y equilibrio dinámico del sujeto a su entorno biopsicosocial. Por su parte la noción de anormal o patológico en consecuencia agrupa cuatro modelos:

1. Como producto de los centros cerebrales.
2. Como efecto de un proceso regresivo en la organización psíquica.
3. Como alienación radical.
4. Como variación de la adaptación al medio.

Digitized by Google

¿Qué implican estos modelos?

El primero, por ejemplo, investiga y atiende al menos las relaciones entre el funcionamiento mental y las localizaciones neurológicas diversas, relacionándolas con los centros reguladores del funcionamiento mental sobre un registro en particular. En el caso del segundo modelo, dependiendo de la aproximación psicológica que se trate, pudiera ser el interés puesto en el sentido latente del síntoma, el grado de desarrollo libidinal alcanzado por un sujeto, desarrollo del Yo, el recuerdo y eficacia de los mecanismos de defensa, etc. Beredjiklian (2009) conceptualiza a la personalidad como una Gestalt de conductas y sentimientos que hacen a los individuos únicos y con persistencia en el tiempo de esas características; por lo tanto, está constituida por factores como el carácter y el temperamento y se desarrolla gracias a la interacción de aspectos psicológicos, biológicos y ambientales. A partir de ello se generaría su normalidad o bien su anormalidad.

Modelos de atención psicológica

Antes de introducirnos de lleno al asunto de los modelos psicopatológicos, valdría la pena hacer un preámbulo para los lectores, delimitando las variantes o modalidades de intervención que se relacionan con los sujetos de atención psicológica. Para Weiner (1992), se puede definir la psicoterapia como un método de tratamiento que implica un proceso dinámico con la finalidad de que los pacientes consigan entenderse a sí mismos y se permitan pensar, sentir y actuar de tal modo que logren un resultado más satisfactorio para ellos y para quienes se encuentran en su contexto. El acercamiento puede ser de tipo individual, grupal y/o familiar.

Digitized by Google

El trabajo individual es uno de los que más presencia ha tenido en el campo de la Psicología Clínica desde la postura psicoanalítica, pasando por la Humanista, Existencialista hasta la Gestalt misma. Es un encuentro personal paciente-terapeuta que implica al menos una fase inicial de evaluación o exploración del paciente que solicita o demanda ayuda profesional; o bien quien es canalizado o referido por alguna otra instancia; para reconocer si cuenta con las condiciones mínimas para iniciar un trabajo psicoterapéutico, generando para ello un contrato y encuadre de manera implícita o explícita para la conducción de su tratamiento. Siguiendo a Weiner (1992), también existe una fase intermedia en la que propiamente y dependiendo del modelo teórico-terapéutico se genera todo el proceso de escucha, intervención, análisis de situaciones, resistencia al cambio, etc., y finalmente, la concretización de los logros implicados a lo largo del continuo, generados en el proceso psicoterapéutico.

La Psicoterapia Infantil, merece un comentario aparte pues en ésta la dirección psicoterapéutica es por lo regular lúdica; es decir a través del juego. Esto responde a varias razones como lo resalta Garfield (1979), la personalidad del niño no ha llegado a su madurez, existe una dependencia relativa del niño en relación a sus padres o de alguna figura parental, quienes por lo regular cuentan la historia pasada del niño; además el desarrollo verbal e intelectual dificultan o interfieren con las propias interpretaciones o análisis simbólicos.

Por otra parte, la modalidad de trabajo grupal supone desde sus orígenes la alternativa de intervención por conveniencia de tipo económico, es decir, atender a un mayor número de personas o pacientes con un menor costo. Sin embargo, hoy en día las razones son incluso para un cierto tipo de

Digitized by Google

padecimientos, trastornos, etc. La generación de procedimientos y técnicas de Psicoterapia Grupal se ha ampliado de manera considerable y la diversidad de estrategias e investigaciones, por consiguiente, están creciendo. Son varias las aproximaciones de trabajo grupal, como la que está centrada en el individuo, la que se centra en el grupo como tal, la Psicoanalítica de Wolf, la versión psiquiátrica británica de Foulkes y la propia versión de la Terapia Conductual. Finalmente, un detonador significativo que impulsa la Psicoterapia de Grupo Familiar es el movimiento de orientación infantil acoplado a la propia dinámica de sus padres; así también, la orientación matrimonial como profesión, impulsándose como un trabajo desde lo grupal, pero de una clase muy específica y concreta, con nuevas posibilidades para su abordaje, un tanto más prometedor para la mejora del sistema familiar.

En este momento es importante diferenciar el sentido de la Psicoterapia Individual con relación al de la Familiar en cuanto a la postura del terapeuta. En el primer caso el trabajo es más pasivo y con una "alta" escucha, en tanto que en el segundo, es mas directivo y activo para el cambio.

2.2.4 Trastornos de la personalidad

Aunque es sumamente controversial realizar una definición sobre trastornos de la personalidad, se puede decir de manera sencilla que ésta obedece a los criterios que el DSM IV-TR tiene para cada trastorno (Millon, 2006). La definición estaría relacionada con aquellas conductas de personalidad que tienen las personas normales, pero que son extremadamente

Digitized by Google

abundantes o escasas, y que son acompañadas de inflexibilidad[9], malestar subjetivo[10] y que tienen un funcionamiento desadaptado[11] (Oldham, Skodol, & Bender, 2008).

El comportamiento desadaptado se puede observar desde la niñez, hasta la adolescencia, aunque se vuelve más patente en la adultez, como consecuencia de que en etapas anteriores, con motivo de los cambios normales del desarrollo, se puede confundir.

Hablar de trastornos de personalidad es sumamente complejo, como se verá más adelante; por ello se propone para aquellos que deseen iniciarse en su estudio, que se comience por la personalidad en general, y se conozca la Teoría de los Cinco Grandes Rasgos (*Big Five*), que se constituye en un elemento crucial para fines de pronóstico y estrictamente terapéuticos y permiten al psicoterapeuta reconocer y establecer los patrones o dimensiones estables de normalidad o psicopatología. En particular a los que hace referencia el eje II, del DMS IV-TR (2005), y que se reproduce textualmente del manual para que el estudiante se acerque a los once desordenes que ahí se describen.

---

[9] Cuando una persona no logra algo por una vía, suele buscar alternativas, mismas que a veces no están presentes en las personas con trastornos de personalidad, pues sus respuestas son estereotipadas y rígidas.

[10] Como consecuencia de su rigidez, sus relaciones se ven dañadas lo cual explicaría el malestar subjetivo.

[11] Como consecuencia del funcionamiento rígido no se adaptan a los aspectos sociales.

Digitized by Google

Los Cinco Grandes Rasgos fueron propuestos por algunos investigadores norteamericanos, como Ernest Tupes y Raymond Cristal en 1961, (citados en Chamorro-Premuzic & Furnham, 2008), que estudiaron a Raymond Cattell y a Gordon Allport y notaron cinco grandes rasgos de agrupación. A continuación se presentan:

- Extraversión: que se caracteriza por sociabilidad y necesidad de estimulación (opuesto: Introversión).
- Neuroticismo: que se caracteriza por ansiedad, impulsividad o vulnerabilidad (opuesto: Estabilidad Emocional).
- Apertura: que se caracteriza por estar abierto a la experiencia con acciones, ideas o fantasías (opuesto: Cerrazón).
- Responsabilidad: que se caracteriza por orden y autodisciplina (opuesto: Irresponsabilidad).
- Amabilidad: que se caracteriza por confianza, altruismo y empatía (opuesto: Descortesía).

2.2.5 Desordenes de personalidad

Los desórdenes de personalidad son aquellas enfermedades que generan una pauta de funcionamiento, tanto en la percepción de la experiencia como en la producción de la conducta, que se considera anormal respecto de los pensamientos, estados anímicos, relaciones interpersonales y control de los impulsos. Se mencionarán de manera breve las características que le corresponde a cada uno de ellos, para posteriormente incluir de manera más puntual algunas descripciones que le permitan al lector reconocerlas y entenderlas con mayor detalle. Aclarando que el orden de su

Digitized by Google

presentación no corresponde a un orden de importancia ni mucho menos de complejidad o dificultad.

Paranoide. Caracterizado por suspicacia, envidia y resentimiento, tiende a correlacionar negativamente con la dimensión de Afabilidad.

Esquizoide. Caracterizado por dificultad y falta de interés en las relaciones sociales, dificultad para expresar los sentimientos, frialdad y distanciamiento emocional, muestra correlación negativa con Extraversión.

Esquizotípico. Caracterizado por excentricidad, egoísmo, hipersensibilidad, e ideas y comportamientos singulares, presenta correlaciones negativas con Extraversión, y positivas con Neuroticismo y Apertura a la Experiencia.

Histriónico. Caracterizado por falta de madurez, inestabilidad, búsqueda de atención y de excitación, correlaciona con Extroversión.

Narcisista. Caracterizado por exagerado sentido de autoimportancia y grandiosidad, interés por estar siempre en el centro de atención. Falta de consideración hacia los demás y sus intereses, guarda correlación negativa con Estabilidad Emocional y Afabilidad; así como positiva con Extraversión.

Antisocial. Caracterizado por violación de las reglas sociales y de los derechos de los demás, agresividad, comportamiento antisocial, impulsividad e irresponsabilidad, correlaciona negativamente con Afabilidad y Estabilidad Emocional; así como positiva con Extraversión.

Digitized by Google

Limítrofe. Caracterizado por inestabilidad, cambios rápidos de humor explosiones de rabia e impulsividad, presenta correlación positiva con Neuroticismo.

Evitador. Caracterizado por hipersensibilidad al rechazo social y contactos sociales muy limitados, aunque muy deseados, parece correlacionar negativamente con Extraversión y positivamente con Neuroticismo.

Dependiente. Caracterizado por extrema dependencia y miedo a quedarse solo, falta de confianza en sí mismo y sentimientos de abandono y desesperación, muestra correlaciones positivas con Neuroticismo y Afabilidad.

Obsesivo-Compulsivo. Caracterizado por dar excesiva importancia a las reglas, el orden, la eficiencia y el trabajo, problemas para expresar los sentimientos, dificultad para relajarse y excesiva preocupación por cosas de poco valor, presenta correlaciones positivas con Neuroticismo.

Pasivo-Agresivo. Caracterizado por la expresión de hostilidad en formas indirectas y no violentas (como dilatar la solución a los problemas, obstruccionismo, ineficiencia y "descuidos" intencionados) rechazo de la autoridad junto a la incapacidad para manifestar abiertamente este rechazo, parece positivamente correlacionado con Neuroticismo y negativamente con Tesón.

Tipos de personalidad

Se habla de tipos de personalidades cuando existe poca flexibilidad y capacidad adaptativa al entorno y se presentan agrupadas ciertas particularidades que los definen. Los tipos de

Digitized by Google

personalidad se diferencian de los trastornos de la personalidad por ser formas menos graves, pero relacionados con estos (Oldham, Skodol, & Bender, 2008).

2.2.5.1 Personalidad paranoide

Uno de los mecanismo principales de defensa de las personas paranoides está constituido por la proyección, el cual es utilizado para percibir la hostilidad que se tiene en los demás. Por lo tanto, este tipo de personas tienden a suponer intenciones agresivas de los demás, en actos que parecerían desapercibidos para otros. La persona con este padecimiento reacciona a su vez de forma hostil ante esta peculiar percepción, por lo que acaba por producir en los demás, de forma genuina, la conducta que erróneamente percibió al principio.

Cabe destacar que es importante diferenciar a las personas con personalidad paranoide de las delirantes, porque precisamente aquellas no deliran (Hales & Yudofsky, 2005).

Es importante hacer mención que las personas que presentan alguna diferencia, como defectos físicos o incapacidades, o son notoriamente diferentes, pueden tener una mayor propensión, por el entorno social, a desarrollar este padecimiento.

2.2.5.2 Personalidad centrada en sí misma (narcisista)

Las personas con este padecimiento tienden a sentirse sumamente importantes con respecto a los demás. Para muchos autores, como Warren y Caponi (1995), esta enfermedad está anclada a la cultura y sociedad, y no es fácil que se presente en ciertos medios o regiones del mundo. De

Digitized by Google

hecho, y aunque el DSM IV-TR lo menciona, el CIE-10 no; precisamente porque se da más en Norteamérica (Millon, 2006).

Este padecimiento genera que los sujetos al enfrentarse con los resultados del entorno, hiperreaccionen, ya sea con excesiva agresividad o depresión ante una frustración. Consideran que sus proyectos son superiores a los de los demás, por ese motivo suelen encajar bien con personas débiles de carácter a quienes explotan, son suspicaces respecto de los demás, pues temen que la rivalidad de las personas se desborde más tarde o más temprano hacia ellos. Las personas que los rodean suelen embonar bien con algunos de estos tipos, pero en general los eluden por parecerles demasiado pretensiosos.

2.2.5.3 Personalidad dependiente

Las personalidades dependientes necesitan allegarse de gente que los ayude. Son personas que manifiestan inseguridad en el entorno y pueden aparecer como torpes.

Se pueden identificar cinco subtipos en la edad adulta (Millon, 2006):

- Inquieto. Que se caracteriza por combinarse con la personalidad evitadora.
- Acomodaticio. Que se combina con la personalidad histriónica y suele estar siempre insatisfecho con el afecto.
- Inmaduro. Que permanece en una etapa de improductividad y no es capaz de funcionar.

Digitized by Google

- Torpe. Que combina características con el esquizoide, al ser introvertido, plano en el afecto y aislado del mundo.
- Sin identidad. El cual confunde su identidad con la de los demás, y se mimetiza con ellos.

Tienen problemas para tomar decisiones y se vuelven congraciadores y sumisos con las personas que le rodean, pero su amabilidad enmascara un gran deseo de aceptación. Tratan de contener sus opiniones para evitar que las personas dejen de protegerlos.

La Teoría Psicoanalítica considera que la personalidad dependiente se gesta en la etapa oral del desarrollo, (del nacimiento hasta el año y medio), y para Millon (2006) se debió de producir por una excesiva benevolencia de los adultos con mínimos infortunios frustratorios. También se pueden encontrar causas más próximas en las relaciones que establecen los padres que hacen todo para que sus hijos no se independicen. Igualmente en aquellas personas que por cuestiones de salud necesitan depender de alguien.

2.2.5.4 Personalidad histérica

Algo que caracteriza a las personas histéricas respecto del resto tipológico, es su tendencia a exagerar sus expresiones afectivas y llamar la atención públicamente; como parte de esta necesidad de llamar la atención, pueden embonar bien sus comportamientos con la exageración de sus enfermedades, reales o imaginarias, lo cual los vincula con las personalidades hipocondríacas. También suelen ser extrovertidas, eso por una profunda necesidad de estimación para acaparar la atención de las personas circundantes. Otra característica se presenta en

Digitized by Google

su debilidad afectiva, lo cual las hace ser sumamente superficiales en sus relaciones, aunque paradójicamente cargados de intensidad. Algunas personas presentan un alto erotismo en sus relaciones cotidianas, como es el caso de Marilyn Monroe, quien típicamente presentaba esta tipología de la personalidad; aunque en ciertas ocasiones llegan a resultar desconcertantes, pues hacen todo por provocar encuentros íntimos, para acabar impidiéndolos a toda costa. Sus comportamientos erotizadores encubren su deseo de ser protegidos. Comparten cierto parecido con las personalidades narcisista y suelen ser egocéntricos. Como una de sus facetas mejores es que son puente para que las personas se conozcan unas con otras.

Según Millon (2006) este tipo de personalidad se clasifica en:

- Transformativo. Es el que se adapta de manera camaleónica a cada situación.
- Pueril. Tiene cambios emocionales rápidos, y tiene rasgos de la personalidad límite.
- Despierto. Tiene mucha energía y rasgos narcisistas.
- Mediador. Éste combina características del dependiente y, por lo tanto, trata de mediar en las situaciones, siendo benévolo y sumiso.
- Tempestuoso. Tiene apresurados cambios de humor y también comparte características de la personalidad límite.
- Malicioso. Presenta características antisociales y utiliza su carisma para manipular y engañar a los demás; cuando desea vengarse es astuto.

Digitized by Google

A la anterior clasificación se puede agregar otros tres tipos:

- Hipocondríaco. Que es la persona que presenta características del hipocondríaco como mecanismo principal para llamar la atención
- Erotizador. Esta presenta una alta necesidad de erotización y de mantener relaciones sexuales.
- Pseudoerotizador. Esta categoría busca hacerse presente en las relaciones cotidianas, fingiendo una genitalidad que no tiene, ya que está anclado a la sexualidad fálica, que se caracteriza por ser egocéntrica.

2.2.5.5 Personalidad esquizotípica

La personalidad esquizotípica se caracteriza por el aislamiento social. Aunque esta personalidad está ligada a la Esquizofrenia y la Paranoia, suele ser sumamente benigno su diagnóstico, que usualmente queda, en el caso de los adultos, en la utilización de amuletos, pensamientos mágicos, lectura del horóscopo y consultas a las adivinas o gitanas, sobre la suerte.

Para Hales y Yudofsky (2005) este trastorno se comenzó a estudiar como derivado de las familias que tenían algún miembro con esquizofrenia y, por lo tanto, se considera que está ligado a este tipo de manifestación y que con mayor probabilidad se encontrará presente en los familiares con este padecimiento.

Algunas características de este tipo de personalidad son:

- Introversión.

Digitized by Google

- Se sienten al margen del mundo.
- Afectividad plana.
- Tendencia al aislamiento.

2.2.5.6 Personalidad antisocial

Las personas de naturaleza antisocial[12], muestran una pobre empatía por los demás. Gustan de obtener beneficios y gratificaciones de otras personas. Su comportamiento antisocial deja una huella de humillación en otras, sin embargo, no muestran remordimiento por esta conducta. Los castigos casi nunca generan en ellos culpa o deseos de resarcir el daño que hicieron.

Una de las causas de este tipo de conducta es que en su niñez fueron descuidados emocionalmente o sufrieron abusos de parte de las personas que los tenían a su cargo. La personalidad psicopática tiende a transformarse ligeramente con el tiempo, haciéndose cada vez más adaptable a las normas, más aún en las personas con muchos años de edad.

Para Allidière (2008), esta personalidad presenta también características menos extremas y se puede observar cuando una persona se queja constantemente contra las reglas que existen en los lugares a los que va o se desempeña. Otro problema relacionado con la percepción de las reglas, como agresiones, se da en su incapacidad para establecer reglas claras en sus relaciones, lo cual lo vuelve intolerante cuando la gente actúa de una forma que él no espera. También tiende a

---

[12] También llamadas personalidades psicopáticas o sociopáticas.

Digitized by Google

ser manipulador, y a utilizar medios moralmente inadecuados para conseguir sus fines. Aunque suele tener muchas características de la personalidad histérica, como el ser encantador o cautivador con las personas que le rodean, a diferencia, lo hace más para lograr obtener control, que para sentirse bien consigo mismo. Finalmente, tienden a actuar impulsivamente, y a verse sometidos a problemas frecuentes por este tipo de conducta.

Para Delgado (2009) esta tipología se puede dividir de la siguiente manera:

- Hipertímico. Que actúa al impulso de los acontecimientos y que puede subdividirse en el pendenciero, que es violento si se le contraria; o el mentiroso, que es jactancioso y fanfarrón.
- Fanático. Que es el que se ve dominado por ideas extremas y que en aras de ellas comete delitos.
- Maniático de la notoriedad. Es la persona necesitada de llamar la atención e invierte sus energías en hacerlo, aunque también es el que inculpa a otros de los delitos que él cometió. Lo importante en este tipo es que necesita sentirse protagonista.
- Irritable. Por motivos insignificantes se encoleriza o explota.
- Anético. Que aunque es moralmente insensible ante los demás, suele tener un trabajo muy eficiente y disciplinado.

Digitized by Google

2.3 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad se puede definir como una sobreactivación del sistema nervioso, que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos. Como resultado de esto se da una activación del Sistema Simpático y Endócrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales (la combinación de la activación del Sistema Simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad).

2.3.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Etimología y definición

La palabra ansiedad viene del latín, *anxietas,* que significa, aflicción o angustia.

Este trastorno se caracteriza por una preocupación constante ante una serie de situaciones. Los manuales diagnósticos indican que debe presentarse durante más de 6 meses para que se pueda diagnosticar.

Síntomas

Los principales síntomas giran alrededor de una preocupación exagerada, que produce tensión e irritabilidad, parece insufrible ante la persona la vivencia de esto. Como consecuencia de la preocupación exagerada, las personas pueden tener problemas para concentrarse, estar atentos, conciliar o mantener el sueño. Asimismo, pueden presentar de manera accesoria síntomas físicos, como dolor de cabeza, mareos, palpitación, tensión muscular, temblores, dolores abdominales y sudoración.

Digitized by Google

Etiología

Las causas de este trastorno suelen encontrarse en la mezcla de factores hereditarios como medioambientales. Se asocia también a los demás trastornos específicos de ansiedad y a la depresión.

Tratamiento

El tratamiento indicado es una combinación de psicoterapia, con benzodiacepinas (con uso reservado) y antidepresivos con efecto ansiolítico.

2.3.2 Trastorno de Pánico (TP)

Etimología y definición

Existen dos explicaciones sobre el origen etimológico de la palabra, ambas relacionadas entre sí. Por un lado está la versión de que el dios griego, *Παν* (Pan), hacía su aparición en las noches, lo que ocasionaba un fuerte susto a sus víctimas. Por otro lado, la idea de que entrar a la casa del mismo dios, era algo sumamente aterrador, *Παν* (Pan) y *οικός* (oikós), casa —de ahí viene la expresión "entrar en pánico"—. Este trastorno se puede definir como un pavor repentino que no tiene una causa justificable.

Signos y síntomas

Los ataques de pánico puede surgir en cualquier lugar, y no existe claridad sobre los mecanismos que los precipitan, lo cierto es que existe una sintomatología clara al respecto. Para

Digitized by Google

Cassem (1994) los siguientes síntomas son los más importantes:

- Taquicardias.
- Enrojecimiento.
- Hiperventilación y respiración entrecortada.
- Mareos.

Etiología

Existen dos explicaciones a los trastornos de pánico. Por un lado se encuentra el enfoque biopsicosocial de Barlow y el modelo cognoscitivo.

Para Barlow (2004) provienen de una reacción descontrolada de miedo, que desencadena el cerebro cuando se encuentra bajo estrés. El estrés que proviene de eventualidades, frustraciones, cirugías, enfermedades, pérdidas emocionales, suelen anteceder a la primera crisis de pánico, porque estas situaciones han estimulado el Sistema Nervioso Simpático[13]. También la familia juega un rol importante, por la herencia biológica y la forma como ha acostumbrado a sus miembros a reaccionar. Dicho de otra manera, la predisposición genética se une a factores desencadenantes, como el estrés y las creencias sobre el mundo.

[13] También las personas que tienen meses viviendo alguna situación estresante de menor importancia, como dificultades económicas, divorcio, casamiento, empleo, pérdida del empleo. N. del A.

Digitized by Google

Por otro lado, la teoría cognoscitivista de Ellis y Dryden (1997), así como la de Beck, Emery y Greenberg (2005) considera todos los conceptos de Barlow, pero enfatiza el poder de las creencias sobre los mismos. Para los investigadores cognitivos, las ideas catastróficas generan respuestas fisiológicas descontroladas que a su vez van a influir en las cogniciones, produciéndose un círculo vicioso (Cash, 2002).

Epidemiología

Para Barlow (2004), una de cada 30 personas tiene propensión a los ataques de pánico, ya que su umbral para que se dispare la respuesta de alarma es más bajo, sin embargo, no todas estas personas los desarrollan, sino, sólo aquellas que tienen situaciones de estrés que lo desencadenan.

Se sabe que es más común en mujeres y que se desarrolla al inicio de la edad adulta

Diagnóstico

Para el CIE-10, se diagnostica TAG cuando el paciente tiene una ansiedad que predomina en el día y que ha durado por más de un mes, con características de aprensión[14], tensión muscular, o hiperactividad vegetativa[15].

---

[14] Se puede definir la aprensión como las preocupaciones exageradas sobre los sucesos de la vida. N. del A.

[15] Que implican síntomas físicos, como, taquicardia, vértigo o sequedad de boca. N. del A.

Digitized by Google

Desarrollo de la enfermedad

Esta enfermedad suele ser crónica, aunque diversas situaciones estresantes pudieran agudizarla o paliarla. El trastorno inicia principalmente en la adultez, cuando el individuo se enfrenta a las diversas responsabilidades de esta etapa; también puede presentarse en la adolescencia o niñez.

Mortalidad

Aunque las personas que sufren ataques de pánico, pueden experimentar una sensación de "muerte inmediata", esta no se suele dar. Sin embargo, la mortalidad en estas personas suele ser mucho mayor que en quienes nunca han sufrido un ataque de pánico. Dos investigaciones indican lo anterior, por un lado, Kawachi y cols., en 1994 —citado en Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer (2000)— descubrieron una propensión mayor para la muerte como consecuencia de un infarto coronario. Por otro lado, Coryell y cols., en 1982 —también citados en el mismo— descubrieron una tasa del doble de probabilidad de sufrir muerte cardiovascular en quienes habían sufrido estas patologías.

Tratamiento

La mayoría de las personas mejora con el tratamiento. Para Cash (2002) existen tres formas de afrontar este problema, las cuales se suelen combinar para logar un mejor resultado:

Terapia Comportamental. Gracias a esta terapia el paciente es enseñado a utilizar ciertas técnicas terapéuticas de relajación, que se basan en aproximarlo a las situaciones que desencadenan su ataque y a manejarlo de manera paulatina.

Digitized by Google

Terapia Cognitiva. También los postulados terapéuticos de Ellis y Beck se han utilizado para educar al paciente a reestructurar su estilo de pensamiento para que pueda enfrentarse, tanto a los problemas como a sus reacciones fisiológicas, de forma más eficiente.

Fármacos. Se han utilizado con efectividad algunos de los derivados de las benzodiacepinas como tranquilizantes, así como los antidepresivos tricíclicos.

2.3.3 Fobias

Etimología y definición

Proviene del griego, *φοβος* (fobos), hijo de Venus y Marte, que representaba temor. Las fobias se pueden definir como miedo a cosas, situaciones o personas. Las fobias se clasifican para su estudio en "fobias específicas" y en "fobias sociales".

Fobias específicas. Se suelen experimentar fobias específicas a cosas o contextos, como perros, alturas, túneles, nadar, volar, sangre, etc.

Aunque las personas que padecen fobias, pueden llegar a conocer lo absurdo de ellas, sin embargo, no son capaces de dominarlas. Se han dado casos absurdos en apariencia de personas que trabajan en la policía y no temen enfrentarse con personas violentas: sin embargo, le temen a los ratones, por ejemplo. A diferencia de las fobias sociales, las fobias específicas tienen un componente más hereditario.

Fobia Social. Este trastorno se caracteriza por un miedo agudo por llegar a ser humillado o avergonzado en una

Digitized by Google

situación social. Aunque las fobias específicas tienen un origen biológico-hereditario, es probable que la fobia social provenga de traumas vividos por la persona; por consiguiente, los trastornos relacionados con la idea de no ser aceptado pueden asociarse con aislamiento o depresión. Las personas con fobia social pueden comportarse de manera segura en muchas circunstancias, pero es alguna situación específica la que detona su fobia: hablar en público, por ejemplo.

Tabla 1 Principales fobias.

Nombre	Situación u objeto	Nombre	Situación u objeto
Acrofobia	Alturas	Entomofobia	Insectos
Aerofobia	Volar	Fobofobia	Fobias
Agorafobia	Espacios públicos	Genofobia	Sexo
Antropofobia	Gente	Hematofobia	Sangre
Aquafobia	Agua	Monofobia	Soledad
Aracnofobia	Arañas	Nudofobia	Desnudez
Astrafobia	Relámpagos	Numerofobia	Números
Batraciofobia	Ranas, anfibios	Nictofobia	Oscuridad
Blenofobia	Lodo	Ofidiofobia	Víboras
Brontofobia	Truenos	Ornitofobia	Pájaros
Carcinofobia	Cáncer	Pirofobia	Fuego
Dementofobia	Locura	Tanatofobia	Muerte
Dromofobia	Cruzar las calles	Xenofobia	Extranjeros
Emetofobia	Vómitos	Zoofobia	Animales

Fuente: (GENTIUNO, 2003).

Signos y síntomas.

La ansiedad ante un objeto o situación, que produzca un brote de fobia, produce síntomas del sistema nervioso autónomo,

Digitized by Google

como taquicardias, temblor y sudor. En el caso del miedo a la sangre, parece actuar, por el contrario, el sistema parasimpático produciendo hipotensión, lo que puede provocar desmayos como consecuencia del "síncope[16] vasovagal[17]".

Para Ferri (2006), en la fobia social los síntomas son el miedo a las humillaciones que pudieran provenir de un escudriñamiento del medio exterior hacia la persona; por lo cual, el antecedente común a las fobias sociales, es la baja autoestima.

Etiología

Teoría Psicoanalítica. La fobia produce síntomas neuróticos que resultan, según la Teoría Psicoanalítica, de la lucha del afecto reprimido por expresarse indirectamente (1989). Para Freud, todas las fobias obedecen a tres mecanismos de defensa, represión, desplazamiento y simbolización. En el caso del "Pequeño Hans", un niño de 5 años que no quería salir a la calle por miedo de ser mordido por un caballo, Freud creyó pertinente atribuir a la represión de los deseos incestuosos del niño hacia la madre y agresivos hacia el padre, lo que generó

---

[16] En medicina, mientras un vértigo se asocia a un mareo que hace perder el equilibrio, un síncope se asocia a un mareo que hace perder la conciencia (Munro, 2001).

[17] Este síncope es la principal causa de desmayo. En el caso de las fobias, la presencia de la sangre estimula al nervio vago, lo cual produce una frecuencia cardíaca menor, combinada con la dilatación de los vasos sanguíneos (como consecuencia de la actividad parasimpática), hace que exista menor sangre en el cerebro, lo cual provoca el desmayo.

Digitized by Google

un subsecuente desplazamiento hacia el caballo (Vallejo Ruiloba, 2006).[18]

Teoría Conductista. Por otro lado, otra explicación se encuentra en la Teoría Conductista. Watson logró a través de fuertes ruidos hacer que Albert, un niño pequeño, asociara una rata con esas estridencias, haciendo que sintiera pánico ante este animal, sin que antes lo hubiera tenido. Por lo cual estableció, según Vallejo Ruiloba (2006, pág. 397), el siguiente postulado básico: "Si algún suceso u objeto se halla presente o se asocia con el estímulo que evoca el temor adecuado primario, aquél puede adquirir la capacidad de inducir temor por asociación".

Teoría Biológica. Aparte de las explicaciones anteriores, también hay una importante influencia biológica y hereditaria en esta enfermedad. Se han realizado estudios relacionados con la fobia a la sangre, inyecciones o heridas, y se ha concluido que el 61% de los familiares de quienes padecen este problema, suelen tener alguna fobia similar (Barlow & Durand, 2001). Por otro lado, otros estudios han sugerido que es la amígdala, una región cerebral, la implicada en producir el nivel de miedo de una persona. Aunque esta explicación considera

---

[18] Al reexaminar el caso, John Bowlby (citado en Storr, 1989), descubrió que, al igual que otras fobias, la del pequeño Hans podía deberse a temores de que muriera su madre. Se ha establecido que ésta se valía de chantajes sentimentales en su afán por disciplinar a Hans, incluyendo la amenaza de abandonarlo si no se portaba correctamente.

Digitized by Google

que las experiencias se conjugan para regular el grado de miedo que una persona sentiría (Jenike, Baer, & Minichielo, 2001).

Desarrollo de la enfermedad

Un gran número de fobias sociales tienen buen pronóstico, con la Terapia Cognitivo-Conductual o Psicoanalítica. Muchas fobias infantiles remiten de forma espontánea conforme se avanza en el desarrollo; por ejemplo, el miedo a los animales desaparece con el tiempo.

Epidemiología

Para Ferri (2006) las fobias específicas afectan hasta un 10% de la población, mientras que las fobias sociales, solamente a un 3%.

Tratamiento

Terapia Conductista. Uno de los tratamientos más adecuados para este trastorno lo constituye la Terapia Conductual, a través de la desensibilización sistemática, con la cual los enfermos se exponen gradualmente a lo que les da miedo.

La Terapia Psicoanalítica. Por su parte, la Terapia Psicoanalítica intenta descubrir, lo que el objeto fóbico representa para el paciente, teniendo importantes logros al respecto.

La Terapia Médica. Gracias al uso de las benzodiacepinas, se pueden establecer estados de relajación y de disminución de la angustia de los pacientes ante este problema. Sin embargo,

Digitized by Google

deberán utilizarse solamente con terapia psicológica, pues por sí mismas no son curativas.

Entrenamiento emocional. También es aconsejable que en la terapia se dé un adecuado acondicionamiento emocional, como por ejemplo, los ejercicios de relajación, respiración y visualización, ayudan a que disminuyan y se controlen los síntomas de ansiedad.

2.3.4 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Definición

El trastorno obsesivo-compulsivo, es un trastorno caracterizado por el constante bombardeo de ideas, que a su vez llevan a realizar acciones. Un ejemplo de esto se da cuando viene a la mente, de forma repetitiva, una canción que no queremos escuchar, y que, por más que intentemos, siempre regresa a la mente.

Como consecuencia de las ideas obsesivas las personas tratan de deshacerse de ellas realizando cierto tipo de conductas, que en su opinión resuelven los problemas que están en esos pensamientos. Estos comportamientos se llaman compulsiones. Los comportamientos compulsivos a veces también se llaman rituales. Por ejemplo, una persona puede tener pensamientos obsesivos relacionados con la idea de morir quemado o asfixiado en su propia casa; por esa causa puede revisar la llave del gas un sinnúmero de veces, precisamente cada vez que le asalte la duda que quedó mal cerrada.

Digitized by Google

Signos y síntomas

Los signos y síntomas más comunes son los siguientes:

- Temor a las bacterias y virus o fluidos corporales.
- Preocupación exagerada por el orden o la limpieza.
- Preocupación constante de que las cosas no sean hechas de forma correcta, a pesar de no existir pruebas en ese sentido.
- No poder evitar la entrada de sonidos, ideas o imágenes a la mente.

Etiología

Para la teoría psicoanalítica, los rituales del obsesivo están relacionados con impulsos que fueron reprimidos y que se expresan en los hábitos del paciente (Storr, 1989, pág. 81):

> Se trata aquí del mismo tipo de interpretación que había aplicado a los rituales obsesivos; esto significa que el ritual es expresión indirecta de un impulso pulsional que el sujeto había reprimido y que, por consiguiente, no podía manifestarse de manera directa.

Dicho de otra manera, las ideas y rituales protegen al Yo contra el surgimiento de impulsos sexuales reprimidos; y al mismo tiempo constituyen una expresión parcial y desplazada de dichos impulsos.

Por otro lado, algunas investigaciones muestran que este trastorno se relaciona con los neurotransmisores cerebrales. Precisamente la personalidad obsesiva tiene una menor cantidad disponible de serotonina, y una forma de tratamiento es precisamente incrementando los niveles de esta hormona.

Digitized by Google

Diagnóstico

Los criterios del Manual Diagnóstico son los siguientes:

- La existencia de obsesiones y compulsiones, que la persona ya reconoció alguna vez como irracionales.
- Aparte de que las obsesiones le generan malestar, también son una pérdida de tiempo, pues interfieren con sus actividades.
- El trastorno no se debe a los efectos de una sustancia o problema médico.

Para realizar el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, aparte del indicado por el DSM IV-TR, se deben descartar otros trastornos mentales, e inclusive hacer estudios neurológicos, con el electroencefalograma.

Desarrollo de la enfermedad

El curso de la enfermedad suele variar entre individuos, aunque con el tiempo disminuye. Más de la mitad de los niños o adolescentes con este trastorno, no lo conservarán en la adultez.

Epidemiología

El Trastorno Obsesivo Compulsivo afecta por igual a ambos géneros, se presenta en el 2% de la población mundial. Este padecimiento, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, es común observarlo en la adolescencia tardía.

Digitized by Google

Tratamiento

Las Terapias Conductuales suelen ser las más eficaces en el tratamiento de este padecimiento. En esta Terapia, la exposición a aquello que causa las obsesiones se resuelve con economía de fichas, cada vez que no realizan sus acostumbrados rituales. Es decir, se les otorga una ficha cuando logran dominar su trastorno, misma que pueden cambiar por algún satisfactor.

También la Psicoterapia Psicoanalítica, Cognitivo-Conductual y Gestáltica, pueden ser recomendables.

El tratamiento farmacológico incluye la combinación de antidepresivos y ansiolíticos.

2.3.5 Estrés

Etimología y definición

Proviene del latín, *stringere,* que significa apretar u oprimir. Esta palabra fue utilizada Inicialmente en la física para medir desgaste o deformación de ciertos materiales, hasta que Canon (1932), lo usara por primera vez en el desgaste humano. Posteriormente se hablaría de esa opresión o deformación que se da en el cuerpo humano, la primera por el estrés y la segunda como consecuencia del mismo.

El estrés procede de una angustia que no se disipa y produce reacciones adversas en el organismo, esencialmente es una respuesta normal ante las situaciones de peligro; pero el ser humano utiliza mecanismos fisiológicos para reaccionar ante agresiones simbólicas por meses, lo cual termina por

Digitized by Google

agotarlo y desgastarlo. ¿Por qué las cebras y los leones no tienen úlceras?, se pregunta Sapolsky (2008) y responde que la explicación se encuentra en que estos animales involucrados en la lucha y la huida, se preocupan por los acontecimientos sólo cuando ocurren. Describe Sapolsky (pág. 24):

> Si el lector es la cebra que corre para salvar la vida, o el león que lo hace para obtener comida, los mecanismos de respuesta fisiológica de su organismo se hallan adaptados para enfrentarse a una emergencia física de corto plazo de este calibre. Cuando nos sentamos y empezamos a preocuparnos sobre hechos estresantes activamos las mismas respuestas fisiológicas que son potencialmente desastrosas cuando se provocan de forma crónica [...].

Signos y síntomas

Los síntomas y signos del estrés se pueden agrupar en tres grandes áreas, la física, la emocional y la conductual.

Físicos. Opresión en el pecho, sudoración, palpitaciones, dificultades para respirar, sequedad en la boca, alteraciones del apetito y fatiga, entre otros.

Emocionales. Nerviosismo, ansiedad, angustia, irritabilidad, descontrol emotivo, falta de control del comportamiento ante las frustraciones, miedos, preocupaciones, catastrofizaciones, problemas para tomar decisiones, problemas con la memoria y dificultades en la concentración, entre otros.

Conductuales. Movimientos frecuentes, bruxismo, incremento de los tics, comidas excesivas o Anorexia, incremento del uso de drogas, insomnio o necesidad de dormir más.

Digitized by Google

Etiología

La causa del estrés está constituida por lo estresores, que son los agentes desencadenantes del estrés. Así como la propensión de algunos individuos a la vivencia de esta experiencia, como la personalidad tipo "A".

Tipos de estresores

Los estresores se pueden clasificar en dos grandes grupos: los físicos y los psicológicos. Para Martínez Selva (2004), se requieren cuatro características para que estos estresores diarios produzcan con el tiempo una tensión disfuncional:

- Que tengan un carácter reiterativo.
- Que sus efectos persistan en el tiempo.
- Que el organismo no se adapte a ellos.
- Que no se pueda recuperar el equilibrio interior.

Aunque ambos estresores son capaces de producir alteraciones nocivas independientemente uno del otro, para Canino de Lambertini (1997), los estresores psicológicos y físicos potencian entre sí sus efectos.

Estresores psicológicos. Los estresores psicológicos comprenden todas las emociones, como la frustración, la ira, los celos, el miedo y los sentimientos de inferioridad.

Estresores físicos. Se han considerado cuatro tipos de estresores físicos: el calor, el frío, la fatiga y el ruido (Muchinsky, 2002); aunque otros autores agregan la polución atmosférica y las barreras arquitectónicas (Martínez Selva, 2004). También es importante mencionar que a veces la

Digitized by Google

ausencia de cambios también puede generar estrés (estrés por aburrimiento) dado que es difícil tolerar la monotonía, como demuestran los experimentos sobre el aislamiento sensorial (Cofer, 2007).

Para Holmes y Rahe (1967), cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas, como el nacimiento de un hijo, matrimonio, etc., o negativas como la pérdida del empleo, la muerte de un familiar, etc.

Diagnóstico

Existen muchas formas para saber si una persona tiene niveles patológicos de estrés[19], o estrés disfuncional; como la Escala de Reajuste Social (ERS) de Holmes y Rahe, o el Test de Nowack.

Desarrollo de la enfermedad

El estrés puede tener varias derivaciones, por ejemplo, en el caso del estrés normal, nunca debería llevar a la patología; sin embargo, el estrés enfermizo se da cuando éste es intenso o prolongado. En el primer caso se aludirá al estrés agudo y, en el segundo, al estrés crónico.

El estrés normal.[20] Las respuestas normales a los estresores son el desencadenamiento de complejos sistemas hormonales,

---

[19] También llamado distrés. N. del A.
[20] También llamado eustrés. N. del A.

Digitized by Google

emocionales y conductuales, los cuales, por sí mismos, tienden a que se conserven los valores anteriores de estos, una vez que hayan desaparecido los estímulos que los provocaron.

El estrés agudo. Los estresores pueden variar de intensidad, y ser sumamente agudos (o ser percibidos de esta manera), lo que pudiera generar una respuesta extraordinaria, por parte del organismo, comprometiendo al sistema cardiovascular, gastrointestinal, etc. Se sabe que ante el estrés agudo, es más probable la existencia de ataques cardíacos.

Estrés crónico. Como consecuencia de las vivencias constantes de estresores, el estrés se vuelve crónico, lo cual hace que el organismo no pueda llegar a los valores (hormonales, emocionales y conductuales) que anteriormente tenía. Por lo tanto, la reparación de estos sistemas no se da, y el sujeto sobrepasa sus recursos adaptativos. El estrés crónico, puede darse con la exposición constante y prolongada en el tiempo a los agentes estresantes, o bien a tener una vivencia de estrés, por la personalidad (como las personalidades tipo "A"), o por el padecimiento de alguna enfermedad psicológica que lo propicie. La persona que tiene este tipo de vivencias, tiene una alteración hormonal, en donde su cerebro trabaja con mayores niveles de catecolaminas, adrenalina, noradrenalina y glucocorticoides, lo cual potencia el daño a su psique y organismo. Cabe señalar que la vivencia de un estrés superior a los 6 meses, ya se puede considerar crónico.

Mortalidad

Existe una mayor mortalidad entre las personas que padecen estrés, respecto de aquellas que viven la vida con más tranquilidad y optimismo; numerosos estudios avalan lo

Digitized by Google

anterior. De manera más importante el estrés crónico se ha relacionado con apoplejías cerebrales, ataques cardíacos y diversas enfermedades psicosomáticas, que aceleran los padecimientos y la muerte.

Tratamiento

El tratamiento para el estrés, como se comprenderá, no puede ser únicamente psicoterapéutico, porque este riesgo involucra procesos orgánicos, por lo tanto, los profesionales de la salud deberán aconsejar medidas generales para el bienestar, como el ejercicio físico, el deporte, el baile, el control de la respiración, las técnicas de relajación, etc. También estarían indicadas las técnicas que derivan de la Psicología Cognitiva, como son las visualizaciones positivas.

2.3.6 *Burnout*

Etimología y definición

El origen etimológico de la palabra, procede del inglés, *to burn*, que significa quemar, y se aplica a las personas que se encuentran "quemadas", o que su riqueza interior está agotada. El *burnout* es un término psicológico que se caracteriza por una fatiga y disminución de interés en el trabajo.

Signos y síntomas.

El *burnout* tiene síntomas propios del estrés, más algunos otros que son característicos (El Sahili González L. F., 2010). Para Marisa Bosqued (2008) los siguientes son los principales síntomas de *burnout*:

Digitized by Google

Síntomas físicos. Fatiga crónica, insomnio, tensión muscular, alteraciones alimenticias y gastrointestinales, dolores diversos, hipertensión y disfunciones sexuales.

Síntomas emocionales. Irritabilidad, enojo, sentimientos de vacío, falta de sentido del humor, baja autoestima, sensación de la necesidad de mayores esfuerzos en el trabajo, baja motivación hacia el trabajo, distanciamiento hacia los demás, negativismo, culpa y falta de esperanza.

Síntomas cognitivos. Dificultades de atención y memoria, percepción negativa del trabajo y desinterés, percepción de falta de logro y fantasías de abandono del trabajo. En algunos casos, ideas suicidas.

Etiología

Los orígenes del *burnout* se remontan al momento mismo en que un trabajador inicia una nueva actividad en una empresa. En ese momento excede sus esfuerzos y energías en consolidar su trabajo. Sin embargo, como suele ocurrir, el trabajo no compensa ese exceso de energías, lo que hace que la persona se vea desilusionada; para posteriormente experimentar una sensación de frustración y desilusión sobre la tarea, así como un cansancio extraordinario como consecuencia del estrés laboral.

Con lo anterior se dan las bases para que aparezca el *burnout*, ya que precisamente la forma en que las personas se protegen de los anteriores sentimientos es disminuyendo su compromiso con el trabajo, siendo indiferentes a las demandas de los clientes, etc. A la par de esta defensa se generen trastornos emocionales, cognitivos y físicos, que lleva a un círculo vicioso

Digitized by Google

que afecta al trabajo y hace que se perciba frustrante e insatisfactorio.

Epidemiología

Las últimas investigaciones indican que los médicos generales, así como las enfermeras y maestros son los principales grupos de profesionistas que pueden presentar este síndrome.

Se calcula que alrededor de un 40% padece niveles elevados de *burnout* en el sector médico, y en el educativo oscila entre 20 y 60 por ciento.

Diagnóstico

El diagnóstico de *burnout* se realiza a través de especialistas. Existen muchos test con los que se puede diagnosticar este síndrome, entre ellos el más conocido es el MBI.

Cabe destacar que el DSM IV-TR no lo incluye aún como un desorden mental, sin embargo, su par, el CIE-10, sí lo incluye.

Desarrollo de la enfermedad

Según Freudenberger y North, en Bacon (2009), el desarrollo de esta enfermedad cuenta con las siguientes fases:

- Una compulsión para probarse algo a uno mismo.
- Trabajar duro.
- Descuidar las necesidades.
- Desplazamiento de los conflictos.
- Amigos y pasatiempos pasan a segundo plano.
- Negación de los problemas emergentes.

Digitized by Google

- Reducción de contactos sociales al mínimo.
- Los cambios de comportamiento se vuelven evidentes para los demás.
- Vacío interno.
- Depresión.
- El agotamiento emocional y la falta de compromiso.

Tratamiento

Como el *burnout* es ocasionado por factores, tanto personales como organizacionales, su atención debe ser en ambas áreas. A nivel personal las terapias que pueden funcionar bien son las de tipo psicoanalítico, humanistas, gestálticas, cognitivas, etc., con las cuales se pretende que la persona incremente su autoeficacia, autoestima y capacidades de afrontamiento del estrés, por un lado, y por otro, buscar que las personas tengan expectativas más realistas.

2.4 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (TD)

Etimología y definición.

La palabra disociativo viene del latín, *dissociare*, que es lo relativo a separar algo que se supone unido. En Psicología Clínica se hace referencia a un trastorno que implica problemas de identidad y memoria.

Aunque estos trastornos son graves, también es importante mencionar que su remisión suele ser espontánea en el caso de acontecimientos traumáticos que los desencadenen. Por otro lado, también pueden complicarse o volverse crecientes.

Digitized by Google

Los principales trastornos disociativos están constituidos por la Amnesia Disociativa (AD), la Fuga Disociativa (FD) y la Identidad Disociativa (ID). Algo que antecede a cada uno de estos trastornos es el estrés agudo, que puede ser detonado por presiones desmesuradas para un individuo, lo cual hace que no tenga más mecanismos de defensa que partirse a sí mismo (disociarse), con el objetivo de "separar" aquello que le incomoda.

2.4.1 Amnesia Disociativa (AD)

Etimología y Definición

La palabra amnesia proviene del griego *αμνησια* (amnesia), que significa, sin memoria. Se puede definir como la imposibilidad de recuperar la información almacenada en la memoria como consecuencia de relacionarla con alguna situación traumática, lo cual puede parecer, en algunos casos, como una falta de recuerdo normal.

Signos y síntomas

La amnesia más común se manifiesta como una incapacidad del paciente de recordar ciertas palabras. Aunque se ha popularizado en el cine la amnesia de las personas que olvidan su identidad, ésta es sumamente extraña; pero puede darse.

Epidemiología

Los índices mundiales de Amnesia Disociativa se han establecido alrededor del 3%; pero los países que tienen

Digitized by Google

veteranos de guerra, presentan porcentajes mayores de este padecimiento.

Etiología

La mayor parte de los estudios han encontrado relación entre los trastornos de disociación y la experiencia de un trauma psicológico. También se ha postulado que la Amnesia Disociativa pudiera tener un origen biológico-hormonal, ya que se ha vinculado con un exceso de producción de glucocorticoides, que generan una alteración en el funcionamiento del hipocampo, el cual es una de las zonas del cerebro que se encarga de la memoria a corto plazo. También se ha señalado al sistema de opiáceos, al sistema noradrenérgico; así como a la influencia de la corticotropina, como responsables de este padecimiento.

Diagnóstico diferencial

Es importante que cuando se intente diagnosticar la amnesia, no se confunda con la demencia. Porque, aunque en la demencia existe una disminución de la memoria, en la amnesia no existe una disminución de las funciones cognitivas.

Para Moore y Jefferson (2005), la Amnesia Disociativa se puede confundir con:

El delirio y la demencia. Pero en ellas ocurre la confusión, desorientación y dificultades para el cálculo, más que la falta de memoria.

La depresión. Que ocurre ligada a la falta de apetito y fatiga, que no es usual en la Amnesia Disociativa.

Digitized by Google

Identidad Disociativa. Que puede haber pérdida de memoria; pero siempre ligada a la presencia de una nueva identidad.

Alcoholismo. La ingesta exagerada de alcohol puede producir efectos momentáneos de amnesia, así como constantes, como el "Síndrome de Korsakoff".

Traumatismos craneales. Los golpes y lesiones en el cráneo pueden producir amnesia.

Epilepsia. La sola existencia de la epilepsia puede ser la explicación a la amnesia.

Tipos de amnesia

Usualmente en las películas se observa a los protagonistas que padecen una amnesia súbita, que hace que la información sobre ellos mismos no sea accesible, lo que les produce perplejidad y desorientación. Este tipo de amnesia suele ser muy raro, el más usual se relaciona con la eliminación de algunos aspectos generalizados de la historia de la persona.

Para Mosby (2004), existen varios tipos de amnesia, pero los que más se relacionan con la Amnesia Disociativa son los siguientes:

- Delimitada: que se describe como la imposibilidad de recordar acontecimientos en un período de tiempo.
- Extendida: que es la incapacidad para recordar todo lo vivido.
- De los sentidos: que se describe como la imposibilidad de reconocer a través de los sentidos; por ejemplo, no reconocer algo visual, auditivo o táctil.

Digitized by Google

- Retrógrada: que es la pérdida de la memoria sobre acontecimientos que tienen lugar antes de un acontecimiento determinado. Habitualmente antes del episodio que provocó la amnesia.
- Anterógrada: que es la pérdida de la memoria respecto de los nuevos eventos, ya que éstos no son transferido a la memoria a largo plazo; por lo tanto, no se suele recordar lo que haya pasado después del comienzo de esta amnesia.
- Sistematizada: que es la pérdida de los recuerdos que son de naturaleza similar.

Desarrollo de la enfermedad

Esta enfermedad se desarrolla después de una vivencia de estrés agudo y relativamente prolongado[21], el inicio de la amnesia suele ser repentina y, con tratamiento, su curación también. Para Moore y Jefferson (2005), la mayor parte de los casos de amnesia que no son tratados, quedan sin recuperar la memoria. En otros casos puede haber mejoras parciales y recurrentes.

[21] Se puede hacer una analogía con Hulk, el "Hombre Verde". Cuando éste tiene un estrés agudo pero que no llega a cierto límite, no detona su metamorfosis, no así cuando la tensión supera cierto tiempo. En el caso de la Amnesia disociativa, ocurre lo mismo, solamente que en vez de que la persona se ponga verde, le viene un período de amnesia. N. del A.

Digitized by Google

Tratamiento

Es importante que el tratamiento inicie lo más pronto posible, ya que si supera el año, entonces pudiera ser muy resistente a los tratamientos.

La forma indicada para tratar la Amnesia Disociativa es a través de los tratamientos psicoterapéuticos y los farmacológicos.

Un problema usual que se da con los pacientes que recuperan bruscamente la memoria, es la generación de una profunda angustia. Por ese motivo, es importante que el terapeuta utilice técnicas variadas de contención.

2.4.2 Trastorno de Fuga Disociativa (FD)

Definición

El trastorno de Fuga Disociativa está constituido por una pérdida repentina de la propia identidad. Puede ser ocasionado de forma espontánea o por acontecimientos traumáticos y severos, durante ese episodio la persona pierde la noción integral de quién es, lo cual acompaña a una pérdida importante de memoria.

Síntomas

Los dos principales síntomas que se presentan en este trastorno son la demencia y la amnesia.

Digitized by Google

Etiología

Este trastorno suele aparecer ante vivencias intensas, como las guerras, las catástrofes naturales, las pérdidas vitales, etc. Las fugas representan ese deseo de escapar de las situaciones anteriores, aunque pudieran ser realizaciones de deseos.

Epidemiología

Se considera que este trastorno es muy raro entre la población mundial, los pacientes parecen aplicar para su diagnóstico en menos de un caso por mil habitantes.

Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno de Fuga Disociativa es sumamente complejo, pues aunque se basa en la existencia de una demencia y amnesia temporal, puede confundirse con trastornos orgánicos (en este caso no existen situaciones estresantes que le antecedan). También se puede confundir con la fase maniaca de los trastornos bipolares o con los delirios psicóticos, pero en el trastorno de fuga no existe bipolaridad ni ideas delirantes.

Desarrollo de la enfermedad

La enfermedad tiene desarrollos caprichosos, puede ser que la fuga —la pérdida de identidad— dure pocas horas, o incluso semanas o meses, remitiendo de forma espontánea sin consecuencia alguna, o bien puede transformarse en estados de violencia o depresión.

Digitized by Google

Tratamiento

Los tratamientos principalmente indicados para la Fuga Disociativa, están constituidos por Psicoterapia Psicoanalítica, Cognitiva-Conductual, Hipnoterapia; así como el tratamiento farmacológico.

2.4.3 Trastorno de Identidad Disociativa (ID)

Etimología y definición

Del latín *idem*, que significa lo mismo. Este trastorno se caracteriza por la posesión de varias personalidades en un sólo individuo. Este tipo de trastorno se ha llamado también de personalidad múltiple, y ha sido causa de numerosas películas que han hecho ver un tipo específico de trastorno mental, que es sumamente raro[22]. Los personalidades que viven en el sujeto que sufre el trastorno, suelen ser independientes una de otra, como si tuvieran vida propia.

Signos y síntomas

Un ejemplo de disociación se puede encontrar en las actividades rutinarias que suelen enajenar a las personas, como por ejemplo, al realizar actividades mecánicas y no recordar que ya se realizaron. O la gente que intenta dormir, y no duerme y luego pregunta: ¿Me dormí?

---

[22] Se recomienda la película *La Raíz del Miedo* (1996), con Edward Norton y Richard Gere.

Digitized by Google

Sin embargo, los síntomas de este padecimiento son mucho más agudos. La presencia alternativa de diferentes personalidades, que tienen cambios en temperamento, ideas y memoria, pueden ser muy características; también muestran reflejos diferentes, inclusive presión sanguínea y latidos cardíacos acordes a la personalidad de que se trate.

Un síntoma que suelen describir estos pacientes es que no se sienten conectados con sus diferentes personalidades.

Etiología

Las causas del trastorno de Identidad Disociativa, se deben buscar en la infancia de los individuos, con la vivencia de situaciones traumáticas, como pueden ser los abusos de los adultos o también las situaciones bélicas.

Las situaciones estresantes generan que la vivencia consciente se requiera apartar, lo cual gesta que la identidad en proceso de formación del niño, se fragmente en diferentes estados de ánimo y contextos sociales. El trauma, por lo tanto, disocia la personalidad y unifica los estados similares.

Gracias a la disociación, las experiencias traumáticas se almacenan en otros puntos de la identidad, lo que permite que se desarrollen otras áreas, en detrimento de tener una personalidad escindida y en conflicto.

Existen dos trastornos ligados directamente al trastorno de Identidad Disociativa.

- Trastorno de Estrés Post Traumático: la gran mayoría de las personas con ID sufrieron este trastorno.

Digitized by Google

- Trastorno de Amnesia Disociativa: casi todos los pacientes con ID sufren de este tipo de Amnesia.

Epidemiología

Los estudios al respecto han logrado establecer que menos de una persona en doscientas, presenta alguno de los criterios que establece el DSM IV-TR.

Diagnóstico

Para lograr diagnosticarlo, según el DSM IV-TR, se requiere probar la existencia de una o más identidades, que tengan un patrón estable, tanto internamente como en su relación con el ambiente, cuando menos dos personalidades deben tomar el control y estar relacionadas con períodos amnésicos respecto del otro. Es importante, para que se dé el diagnóstico, que no exista consumo de sustancias.

Desarrollo de la enfermedad

Este trastorno suele iniciar con la pubertad, en respuesta a abusos de toda índole. El preadolescente puede haber utilizado en muchas ocasiones mecanismos de evasión, uso de la imaginación o ensoñaciones diurnas, lo cual lo condujo a que se fuera fragmentado su Yo, y a que se fueran construyendo las diferentes personalidades. Estas personalidades suelen tener características bien diferenciadas, e inclusive ser opuestas, una respecto de la otra.

Digitized by Google

Tratamiento

Prácticamente se pueden aplicar todas las psicoterapias existentes, aunque se usa más la Psicoterapia Psicoanalítica, el Sociodrama y la Hipnosis.

Cada vez ha sido más frecuente el involucramiento de la familia y la sociedad para el éxito del tratamiento. Es probable que sean necesarias las intervenciones familiares, matrimoniales, sociales y educativas. El objetivo de todo esto es la fusión de todas las personalidades, ya que no se puede eliminar ninguna de ellas, pues representa diferentes aspectos de la misma persona.

El tratamiento adecuado en las etapas tempranas del trastorno, tiene buenos pronósticos; sin embargo, existen algunos trastornos muy reacios al tratamiento, los cuales difícilmente podrán ser reversibles con la terapia.

2.5 TRASTORNOS SOMATOFORMES[23]

Etimología y definición

Del griego, *σωμα*, (soma) cuerpo y del latín, *formae* (forme), que significa forma. Los trastornos somatoformes son aquellos problemas físicos que no se explican completamente al recurrir a causas orgánicas, sino que están vinculados a causas

---

[23] Usualmente se designa a todo el grupo de trastornos como somatoformes, mientras que a cada una de las categorías que lo constituyen se les designa somatomorfos. Aunque, como se puede ver, etimológicamente tienen el mismo significado.

Digitized by Google

psicológicas. Los síntomas físicos no se deben a enfermedades orgánicas sino psicológicas.

Diagnóstico diferencial

Usualmente se confunden con los trastornos psicosomáticos, pero a diferencia de éstos, los trastornos somatoformes, no son daños reales y agudos a órganos, como en el caso de una úlcera o del asma; tampoco de síntomas falsos o exagerados sobre el cuerpo, con el objetivo de que el paciente busque atención y cariño (Weiten, 2008). Son problemas físicos reales (aunque sin un daño genuino, y sin una simulación). Dicho de otra manera, los trastornos somatoformes se parecen a los psicosomáticos en que la mente desencadena los problemas orgánicos, pero a diferencia de éstos, no hay un daño orgánico real.

2.5.1 Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)

Etimológicamente, la palabra dismórfico, viene del griego *δις* (dis), que significa alteración, y *μορφή* (morfé), que significa forma. Este trastorno, como su nombre lo indica, está representado por la preocupación morbosa, por alguna alteración en la forma del cuerpo (que puede ser imaginaria en alguna medida). Como por ejemplo, una nariz grande, dientes salientes, algún grano en la cara, etc.

2.5.2 Hipocondriasis

Etimología y definición

Proviene del griego, *υπο* (hipo), que significa debajo de, y *χονδριον* (khondrion), cartílago. Anteriormente se creía que

Digitized by Google

esta enfermedad se podía identificar cuando una persona se tocaba en el abdomen, cerca de las costillas —debajo del cartílago—. Se puede definir de forma sencilla como la idea que tiene una persona de padecer un mal que en realidad no tiene.

Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad pueden ser desencadenados por lunares, dolores, sensaciones, etc., que pudieran advertirle a la persona de algún problema más grave. Aunque las personas vayan al médico y éste les asegure que gozan de salud, su mente los hace considerar que el médico se equivoca y que en realidad padecen una enfermedad.

Etiología

Las causas de la hipocondriasis pueden ser sumamente variadas. Algunos autores psicoanalíticos la han vinculado con paranoia, pero hacia el interior.

En las personas que la han sufrido, se han encontrado historiales de agudos padecimientos personales o familiares, en los que estuvieron involucrados en la niñez. También una necesidad de conmover a los demás, a través de la propia enfermedad.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de la hipocondriasis, es importante diferenciarlo de las personalidades aprensivas, y de las personas que verdaderamente tienen padecimientos graves. Asimismo, se debe producir un malestar subjetivo muy

Digitized by Google

pronunciado, que afecte varios aspectos de la vida, y que dichas ideas morbosas sobre el propio cuerpo, sean superiores a los seis meses. También es importante hacer el diagnóstico deferencial de la Depresión Endógena, de la Paranoia Hipocondríaca y de las Neurosis Psicosomáticas.

Tratamiento

La hipocondriasis puede seguir varios tratamientos, como las Terapias Psicoanalíticas, las Cognitivo-Conductuales, y puede ser de especial apoyo el uso de ansiolíticos, para tranquilizar al paciente sobre sus "síntomas".

El objetivo del tratamiento debe girar en torno a la pérdida del miedo a la muerte y a la enfermedad; pero también se obliga a incrementar su capacidad social y de toma de decisiones, su seguridad en sí mismo y la búsqueda de mecanismos más sanos para sentirse apreciado.

2.5.3 Somatización

Etimología y definición

Del griego, *σωμα* (soma), cuerpo y del sufijo del castellano, "ización", que significa acción de.

Signos y síntomas

Cualquier parte del cuerpo puede expresar la somatización, y entre los síntomas que pueden aparecer como consecuencia de esto se encuentran los dolores de cabeza, náuseas, vómitos, hinchazón, diversos dolores en el cuerpo, disfunciones sexuales, disfunciones nerviosas, etc.

Digitized by Google

Las personas con estos padecimientos suelen considerarlos como muy difíciles de llevar, lo cual los hace tener control sobre otras personas para que ayuden en la paliación de sus síntomas.

Etiología

Aunque las causas de este trastorno se desconocen, usualmente se asocia con familias con hábitos de intensa dependencia.

Diagnóstico

Este trastorno se caracteriza por la presencia de un esquema de síntomas físicos repetitivos y diversificados, para los que se ha buscado ayuda; sin embargo, los médicos no han logrado localizar la causa. Se debe diferenciar del "Síndrome de Münchhausen"[24] que es una trastorno diferente, que se caracteriza por inventarse o causarse enfermedades o padecimientos con el objetivo de ser tratado como enfermo y ser favorecido por la preocupación de las personas que se encuentran alrededor[25].

---

[24] Este síndrome ha sido popularizado por diversas películas en las cuales se observar que un adulto provoca las enfermedades sobre un niño que está bajo su tutela. En este caso se debe llamar síndrome de Münchhausen por poderes. N. del A.

[25] Forma parte de los Trastornos Ficticios y no de los Somatoformes.

Digitized by Google

Desarrollo de la enfermedad

Esta enfermedad es rara en la niñez o adolescencia, por lo más común comienza su desarrollo en la mediana edad, haciéndose más aguda con el paso del tiempo.

Tratamiento

El tratamiento de este trastorno es sumamente desesperanzador, ya que tiende a remitir y a aparecer durante tiempos muy prolongados, en los cuales puede haber combinación con otros síntomas, por ejemplo, la depresión.

Un reto para cualquier tipo de terapia psicológica es convencer a los pacientes del origen psicológico de sus síntomas. Dentro de estas terapias destaca la Psicoanalítica y la Conductual, para lograr el avance más rápido. También es cierto que el psicólogo no debe ignorar la presencia latente de una enfermedad real.

2.5.4 Trastorno Somatomorfo del Dolor (TSD)

Definición

Es la presencia de un dolor intenso y difícil de llevar, que puede ocurrir en una o varias partes del cuerpo, que no se explica por situaciones fisiológicas o somáticas del organismo y que su gravedad es suficiente como para buscar ayuda especializada.

Signos y síntomas

Algunas de las señales que pueden ayudar al diagnóstico de este trastorno lo constituye la frecuencia de dolores de cabeza,

Digitized by Google

espalda, abdomen y pelvis. También se ha vinculado a los dolores articulares y a las molestias gastrointestinales, como náusea, vómito y diarrea, entre otros. El dolor puede afectar los sentidos.

Etiología

Las causas de este trastorno son sumamente complejas, aunque se relaciona con la vivencia de situaciones estresantes y dolorosas que se reflejan en la percepción de dolor en el cuerpo.

Diagnóstico

En su diagnóstico se deben tomar en cuenta los síntomas anteriormente descritos, pero debe separarse de las siguientes manifestaciones:

- Cuando el dolor se relaciona con procesos depresivos, esquizofrénicos y psicofisiológicos.
- Cuando hay dolores difusos o que no se pueden localizar.
- Cuando hay cefaleas que proceden de la tensión.

Para que se diagnostique este trastorno, debe durar por lo menos 6 meses (Stuart & Laraia, 2006).

Tratamiento

El trastorno somatomorfo del dolor se suele tratar con terapia psicológica en combinación con algunos fármacos que ayuda a calmar ciertos dolores. Debido a su origen psicológico, suele

Digitized by Google

ser sumamente difícil erradicar todos sus síntomas en poco tiempo, por lo que se aconseja paciencia al enfermo.

2.5.5 Conversión

Definición

Son síntomas físicos que afectan la movilidad o sensibilidad de ciertas partes del cuerpo y que pudieran llevar a pensar en la existencia de un problema orgánico. Aunque la disfunción puede hacer pensar en un problema médico, en realidad su origen es totalmente psicológico.

Signos y síntomas

Algunos de sus síntomas se pueden observar cuando existe una aparición repentina de ciertas enfermedades: ceguera, sordera o afonía; o también parálisis, paresias[26] y falta de sensaciones; así como en ataques respiratorios o disfunciones gastrointestinales, etc.

Etiología

La causa de la Histeria se encuentra en las ideas, que pese a su inmaterialidad, afectan en la conversión[27]. Freud aprendió de Charcot que para entender el fenómeno de la histeria era necesario recurrir a la psicología y no a la neurología. También aprendió de Breuer la curación por medio de la hipnosis, y cómo se podría curar un síntoma si el paciente recordaba el

---

[26] Las paresias, son síntomas de debilidad muscular.

[27] Se le llama de conversión, porque un síntoma psíquico (una idea inmaterial) se transforma en un síntoma físico.

Digitized by Google

primer momento en que se manifestó su síntoma particular. A lo anterior, Breuer, denominó "catarsis". Cuando Freud observó esto, expresó que el afecto se había convertido en un síntoma físico.

Para Storr (1989) los recuerdos de los histéricos son especiales por dos motivos:

- No se puede acceder a ellos por la memoria consciente.
- Los recuerdos son invariablemente dolorosos, vergonzosos o alarmantes.

Diagnóstico

Para diagnosticar un síntoma histérico se requiere la existencia de tres condiciones: que los problemas orgánicos no procedan de enfermedades nerviosas o del organismo en su conjunto; que coincidan con situaciones estresantes; y que no sean fingidos por el paciente.

Desarrollo de la enfermedad

Los trastornos de conversión pueden ocurrir desde la infancia, pero con más frecuencia acontecen al final de la adolescencia tardía o en la edad adulta. Usualmente dura lo que se mantiene la presión estresante externa o interna, y puede remitir de forma espontánea.

Tratamiento

Las terapias más usadas para tratar la Histeria de Conversión, son la Terapia Psicoanalítica, para que el paciente conozca el

Digitized by Google

origen de su síntoma. También la Psicoterapia Sistémica puede ser indicada para entender cómo los familiares ayudan a que el síntoma histérico se perpetúe. La hipnosis se ha usado desde mediados del siglo XIX, pero como el mismo Freud advirtió, solamente ayuda al inicio con los síntomas (Storr, 1989).

2.6 TRASTORNOS MENTALES MAYORES

Para todas las personas es sabido que pueden ocurrir variaciones constantes en el estado de ánimo, sin embargo, es posible que el cambio sea temporal. Pero en el caso de las personas que tienen un trastorno mental mayor, esto no suele ocurrir fácilmente, se pueden experimentar síntomas que logren ser muy variados, pero que en general son severos.

En los Trastornos Mentales Mayores, suele existir una ansiedad constante e incapacitante, aunque también puede surgir una aparente ausencia de tensión.

El término Psicosis es el más ampliamente utilizado para clasificar a diversos trastornos en los cuales el individuo experimenta la falta de contacto con la realidad, también las respuestas extrañas y estereotipadas hacia la realidad.

Para las personas que han tenido breves episodios psicóticos, es algo sumamente desagradable, no por nada el miedo de perder la razón se encuentra en todos los seres humanos.

Digitized by Google

2.6.1 Psicosis

Etimología y definición

La palabra Psicosis proviene del griego, *ψυχή* (psique), mente, y el prefijo *ωσις* (osis), que significa anormalidad. Por lo tanto, se puede definir la Psicosis como: "*...desórdenes mentales y afectivos que se caracterizan por grados severos de desorganización de la personalidad y la pérdida de contacto con la realidad*" (Morán, 2006, pág. 285). Es decir, como un trastorno mental agudo, que conlleva una desorganización y pérdida de contacto con el mundo.

Diagnóstico diferencial

La Psicosis se diferencia del Retraso Mental porque en la primera hay una desviación en el juicio de realidad, mientras que en el Retraso Mental, no existe suficiente capacidad para formar juicios (ausencia). También se debe de diferenciar de la Demencia Senil, que se caracteriza por un deterioro de la capacidad para generar juicios y, finalmente, de los estados confusionales, como los delirios transitorios por drogas o su abstinencia, infecciones, presencia de sustancias tóxicas, etc.

Clasificación

Aunque la Psicosis contiene al grupo más grave de trastornos mentales, puede haber ausencia o presencia de delirios, alucinaciones o trastornos cognitivos. De hecho, las anteriores características han servido para clasificarlos en diversos tipos, por ejemplo, las Esquizofrenias engloban a los trastornos que implican alucinaciones, mientras que las Paranoias a los delirios no alucinatorios.

Digitized by Google

Las Psicosis se dividen, según el DSM IV-TR, en:

- Esquizofrenia.
- Tipo Paranoide de Esquizofrenia.
- Tipo Desorganizado de Esquizofrenia.
- Tipo Catatónico de Esquizofrenia.
- Tipo Indiferenciado de Esquizofrenia.
- Tipo Residual de Esquizofrenia.
- Trastorno Esquizofreniforme.
- Trastorno Esquizoafectivo.
- Trastorno Delirante.
- Trastorno Psicótico Breve.
- Trastorno Psicótico Compartido.
- Trastorno Psicótico debido a enfermedad médica asociada.
- Trastorno Psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno Psicótico no especificado.

Síntomas

Los principales indicadores de Psicosis son los siguientes:

- Cambios pronunciados en la conducta.
- Realizar introspecciones olvidándose de las personas que lo rodean.
- Tener la sensación de que alguien está observándolo o haciendo algo en su contra.
- Alucinaciones auditivas y pláticas con personajes inexistentes.
- Confusión y pérdida de la memoria.
- Sentimientos de culpa, sin que exista justificación en la realidad.

Digitized by Google

Aunque cada uno de estos síntomas se puede producir en otras enfermedades mentales o estados alterados de consciencia, es más frecuente observarlos en las Psicosis.

Etiología

Si bien la Psicosis se ha tratado desde los tiempos de los griegos, no se sabe con absoluta claridad su origen. Se cree que los factores genéticos juegan un papel muy importante, en conjunto con los factores desencadenantes del ambiente.

Aunque tradicionalmente el psicoanálisis no se ocupó de esta enfermedad, es gracias al psicoanalista francés, Jacques Lacan, que es estudiada. Para este personaje, la Psicosis ocurre como consecuencia de factores externos, como el estrés excesivo, las situaciones angustiantes prolongadas o las decepciones emocionales. En resumen, las personas que vivieron situaciones muy agudas de dolor y desesperación, tienden a desarrollarla.

Diagnóstico

Para diagnosticar la enfermedad se requiere hacer un examen mental[28], con el cual, según Goldberg (2008), se deberán explorar las siguientes áreas:

---

[28] El examen mental es una exploración que realiza un profesional de la salud mental para conocer la fortaleza e integridad de las funciones cognitivas de una persona; se puede considerar como el equivalente del examen físico. N. del A.

Digitized by Google

Desorganización. Que se refiere principalmente a los movimientos de la persona y en donde la articulación del habla será de suma importancia.

La percepción. Con más importancia para el diagnóstico si implica la presencia de alucinaciones visuales o auditivas.

El contenido del pensamiento. Con mayor razón si existen ideas delirantes[29], de inserción[30], robo, o lectura del pensamiento.

Proceso del pensamiento. Si se dan razonamientos ilógicos, deterioro de la abstracción, incoherencia, neologismos o bloqueo del pensamiento.

Para lograr realizar el examen mental se recomienda que el psicólogo o psiquiatra siga los siguientes pasos:

- Entrevista clínica.
- Aplicación de pruebas psicométricas y psicológicas.
- Análisis de los resultados.
- Elaboración de un informe.

---

[29] Las ideas delirantes son creencias falsas sobre el mundo, que tienen como base un procesamiento mental incorrecto. Son sumamente resistentes a las pruebas que ofrece la realidad. N. del A.

[30] Las ideas de inserción se refieren a las creencias falsas que alguna entidad está penetrando el pensamiento o controlando la acción. N. del A.

Digitized by Google

Diagnóstico diferencial

La Psicosis puede ser confundida principalmente con dos trastornos:

- Fobias. Por ejemplo, cuando se da un ataque de pánico puede parecer como una situación psicótica, en donde existe una desconexión con la realidad.
- Demencias. Que implican un deterioro importante de la capacidad para comprender y organizar el mundo, pero en donde es más bien la disminución de la capacidad mental el problema principal, y no las alucinaciones, el delirio o la desorganización mental.

Es importante mencionar que ha habido intentos para no etiquetar a estos pacientes con algún calificativo, por lo que el diagnóstico se ha vuelto más complejo.

Desarrollo de la enfermedad

Es muy difícil saber qué curso tome una enfermedad psicótica, como para poder pronosticar su comportamiento. En términos generales tiende a agudizarse con el tiempo, sobretodo en ausencia de tratamiento complejo.

Tratamiento

El tratamiento debe ser lo más rápido posible, ante la confirmación del diagnóstico de Psicosis, en caso de que el tratamiento tenga que aplazarse, se esperan episodios más agudos y de más difícil manejo con los fármacos (Vázquez-Barquero, 2008).

Digitized by Google

En el tratamiento de las Psicosis usualmente se utilizan antipsicóticos, así como apoyos sociales, para integrar al paciente a la comunidad y familia.

2.6.2 Esquizofrenia

Etimología y definición

La palabra esquizofrenia proviene del griego, *σχίζειν* (schizo), que significa división, y *φρήνος* (phrenos), que significa mente. Esta palabra se refiere a un grupo de trastornos mentales agudos, sobretodo en personas que tienen alterada su percepción de la realidad, así como su expresividad.

Signos y síntomas.

Bleuler, uno de los pioneros en el estudio de este trastorno, continuó los trabajos de Kraepelin, pero consideró fundamental el hecho de que esta perturbación no afecte a una facultad particular, sino a su cohesión armónica en su conjunto. Bleuler habla de una mente escindida como principal característica; de ahí que sustituya el término *Demencia Praecox*, por el de Esquizofrenia (Chinchilla Moreno, 2008).

Siguiendo a Chinchilla Moreno (2008), Bleuler sugirió la palabra "esquizofrenia" para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos, como percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico. Sugirió también que los síntomas podían dividirse en fundamentales (si estaban presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno) y accesorios.

Digitized by Google

Los síntomas fundamentales. Que están constituidos por las cuatro "aes": Afectividad, asociación, ambivalencia y autismo.

Los síntomas accesorios. Que son los delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura, así como los síntomas catatónicos.

Los síntomas de la Esquizofrenia no hablan por sí mismos de ella (porque pueden ser muy confusos), por lo que se requieren exámenes profundos para poderla diagnosticar. Ha sido común confundirla con los trastornos disociativos, en virtud de su etimología.

Etiología

La causa de la Esquizofrenia no se ha establecido con seguridad. Se considera a la genética, los problemas perinatales, el ambiente infantil, el sistema nervioso y los factores psicológicos y sociales causantes de este mal. También se ha asociado con el consumo de sustancias.

Las hipótesis que se han desarrollado para explicar la formación de este padecimiento según la AMRP[31], el INTRESS[32] y la AGIFES[33] (2007), son seis:

- Hipótesis psicosociales. Para este grupo la Esquizofrenia es detonada por situaciones psicosociales

---

[31] Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.
[32] Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales.
[33] Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos.

Digitized by Google

estresantes, que se dan en personas con una predisposición.

- Hipótesis genéticas. Este grupo considera que la Esquizofrenia es una falla heredada por un gen defectuoso.
- Hipótesis estructurales. Este grupo por su parte considera que la anatomía y estructura del cerebro, es la causante de este trastorno.
- Hipótesis neuroinmunológicas. Por otro lado, este grupo de hipótesis considera que es la falla en el Sistema Inmune lo que ocasiona este padecimiento, y las irrupciones de ciertos agentes nocivos en el sistema nervioso central.
- Hipótesis neurovirales. Estas hipótesis le atribuyen a un virus la explicación del trastorno.
- Hipótesis neuroquímicas. Finalmente este grupo hipotético considera que la causa de la Esquizofrenia se debe al exceso de dopamina y su interacción con el sistema noradrenérgico.

Todas las anteriores hipótesis, como se puede ver, no se eliminan entre sí, e inclusive, se pudieran complementar. Las hipótesis que han gozado de más popularidad son las genéticas, pues se ha comprobado que el parentesco consanguíneo está relacionado con la probabilidad de padecer Esquizofrenia. Aunque en últimas fechas los psiquiatras se han inclinado por las explicaciones psicosociales.

Diagnóstico

La Esquizofrenia, al igual que muchos trastornos mentales, no puede ser diagnosticada con pruebas de laboratorio, para que

Digitized by Google

se pueda diagnosticar esta enfermedad se requiere de un análisis minucioso. Debe basarse en la observación de los signos y síntomas que reporte el paciente, así como en el historial familiar y en el comportamiento histórico personal. Es importante indagar en fuentes diversas, como amigos, parientes lejanos, incluso vecinos, pues cualquier dato puede ser de suma importancia para aceptar el diagnóstico o rechazarlo.

Desarrollo de la enfermedad

Es importante aclarar que esta enfermedad puede surgir espontáneamente, e irse de la misma manera; en este caso se hablará de episodio esquizofrénico —no de Esquizofrenia—. Las Esquizofrenias, como muchas otras enfermedades que dan la apariencia de surgir de súbito, en realidad tuvieron una fase de incubación no muy notoria. A esta fase se le llama prodrómica, y en ella se hace patente la diferencia de estos futuros pacientes con sus coetáneos: aislamiento, por ejemplo. Después viene la fase activa, en donde se suelen observar la mayoría de los síntomas. Para finalmente pasar a la fase residual, en la cual existe un deterioro social y emocional grave —no todos tienen que vivir esta tercera fase—. Esta enfermedad es crónica y, por regla general, los pacientes deben estar medicamentados de por vida.

Epidemiología

Las tasas de Esquizofrenia en el mundo son sumamente consistentes, la prevalencia se ha estimado entre 1.4% y 4.6% en el mundo (Chinchilla Moreno, 2008). Para Chinchilla

Digitized by Google

Moreno, se puede aplicar la "Regla del Pulgar"[34] para estimar en un 1% la probabilidad de padecer Esquizofrenia.

Mortalidad

Aunque la Esquizofrenia no es una enfermedad que por sí sola ocasione la muerte, existe una prevalencia mayor a los infartos cardíacos así como a los suicidios, por ese motivo parece existir un aumento en la tasa de muertes de las personas que sufren de este mal.

Tratamiento

La medicamentación con antipsicóticos constituye la principal vía de tratamiento de la Esquizofrenia, el uso de neurolépticos con efecto catatónico es lo más indicado para estos pacientes. La Esquizofrenia se caracteriza por el excedente de dopamina en el cerebro, lo cual genera muchos de sus síntomas, y precisamente los neurolépticos bloquean y regulan a esta hormona.

Los antipsicóticos tienen dos funciones, por un lado producen un estado de relajación en los pacientes y, por otro, hacen que se esfumen las alucinaciones y principales delirios. En la actualidad existen medicamentos inyectados que duran mucho tiempo en el cuerpo y permiten un mejor control del paciente.

---

[34] La conocida expresión "Regla del Pulgar" se refiere a la toma de decisiones de forma rápida y certera. Proviene de la tradición de los maestros cerveceros de introducir un dedo pulgar en el mosto de la cerveza, para agregar la levadura; si estaba aún caliente, esperaban a que estuviera tibia, para evitar que muriera la levadura. N. del A.

Digitized by Google

Sin embargo, el problema fundamental de estos fármacos está constituido por sus efectos secundarios como sequedad de boca, mareos, los trastornos circulatorios y de la vista, dificultades para orinar. Otros efectos secundarios son los espasmos musculares, el Parkinson inducido, acatisia, discinesias tardías; los neurolépticos aumentan la sensibilidad a la luz solar; también se da el aumento de peso, disfunciones sexuales, etc.

Aunque el enfoque principal para el tratamiento de la Esquizofrenia, es el uso de antipsicóticos, el profesional de la salud deberá pugnar porque el enfermo esté insertado en la sociedad y tenga amigos y buenas relaciones sociales.

2.6.3 Trastorno Bipolar (TB)

Los desórdenes del estado de ánimo suelen ser de los más frecuentes en la práctica clínica. Dentro de estos trastornos se encuentra la Distimia, la Depresión Mayor y la Bipolaridad, con sus dos subtipos.

La bipolaridad representa uno de cinco casos de estos trastornos, pero el problema no es exógeno al individuo. Los problemas psicógenos se vinculan a la distimia porque puede deberse a las pérdidas o las variaciones del estado de ánimo, como consecuencia de la personalidad y la historia individual. También los problemas del estado de ánimo pueden ser endógenos, como ocurre con los tumores o la epilepsia.

Etimología y definición

La palabra bipolar alude a la existencia de dos polos. Se puede definir como el padecimiento que presenta episodios de

Digitized by Google

elevada energía y luego, una carencia casi total de ésta, con oscilaciones entre la alegría y la tristeza.

Signos y síntomas

Usualmente cuando se habla de este trastorno se alude al Tipo I, (el Tipo II no presenta estados tan extremamente maniacos).

Los síntomas de este trastorno están constituidos por bajas anímicas pronunciadas, como una disminución del interés en las actividades diarias, que conforman la parte depresiva, y períodos de euforia, furia o megalomanía, que integran la parte maniaca. Las características de cada fase son las siguientes:

- Fase depresiva: desánimo, desesperanza, culpabilidad, fatiga, lentitud, somnolencia, insomnio, anorexia, ideas catastrofistas, ideas suicidas.
- Fase maniaca: exaltación, delirios de grandeza, pensamientos rápidos, hipersensibilidad, insomnio, logorrea, movimientos rápidos, inquietud, bulimia, comportamiento riesgoso o libidinal, e incluso delirios y alucinaciones.

Cabe aclarar, que también se pueden dar períodos mixtos, que combinen síntomas depresivos y maniacos, al mismo tiempo; así como de hipomanía, es decir una fase maniaca de menor intensidad.

Etiología

Es sumamente complejo hablar de las causas del trastorno bipolar, no se ha identificado una sola causa, aunque lo más probable es que tenga importantes componentes genéticos.

Digitized by Google

Aproximadamente el 1% de la población mundial padece este trastorno, del cual se cree que el 80% lo heredó de sus familiares.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico, el profesional de la salud deberá investigar las referencias de propios y extraños que rodean al paciente,

Como ya se mencionó, la característica principal de este trastorno son los ciclos, es decir, períodos maniacos que alternan con períodos depresivos. Por lo tanto, este tipo de situaciones, así como otras indicadas en los manuales diagnósticos, servirán a los profesionales de la salud para precisarlo.

Desarrollo de la enfermedad

Esta enfermedad suele comenzar en la adolescencia tardía, o en el inicio de la adultez. El parto puede detonarla en las mujeres. La enfermedad puede ser afectada por ciclos internos, de los cuales no se conoce con claridad sus mecanismos. A veces las condiciones externas determinan que la fase sea maniaca o depresiva.

Mortalidad

Según la agencia de noticias Europapress (2009), las investigaciones realizadas en Madrid, España, por parte de un grupo de investigadores, ha concluido que los pacientes con Trastorno Bipolar tienen una probabilidad de muerte superior a la que existe en la población normal. Esto debido a mayores

Digitized by Google

casos de suicidio, por un lado, y por otro, al peor estado de salud, al uso de fármacos y a que tienen una mayor probabilidad de ser portadores del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Tratamiento

El tratamiento más indicado es la combinación de psicoterapias con fármacos. La Terapia Psicoanalítica, la Cognitiva y la Conductual son las más usadas. Por su parte, el uso de medicamentes tales como las sales de litio y la carbamacepina, son los más utilizados.

Un error común es el diagnóstico inapropiado de este trastorno como de "simple depresión" lo cual genera que se le prescriba solamente antidepresivos y pudiera provocar situaciones maniacas. También, y dependiendo del tipo de avance y profundidad de la enfermedad, se pueden indicar antipsicóticos o ansiolíticos.

La psicoterapia debe ser individual, pero también ha dado buenos resultados la Psicoterapia Grupal. Por otro lado es importante que los familiares también estén en psicoterapia, pues pudiera afectar importantemente sus vidas el tener un familiar con esas condiciones.

Una de las recomendaciones generales, que se suele prescribir, es que las personas duerman lo suficiente.

Digitized by Google

2.6.4 Trastornos Delirantes (TD)[35]

Etimología y definición

Del latín, delirium, que significa la reiteración de pensamientos absurdos e incoherentes.

El trastorno delirante se caracteriza por tener una o varias ideas incoherentes, con ausencia de otro tipo de desorden mental, la persona puede tener alucinaciones, pero éstas no se confunden con la Esquizofrenia, pues solamente se relacionan con los delirios.

Signos y síntomas

Para el DSM IV-TR, los siguientes son los principales indicadores del trastorno delirante:

- La expresión de una idea con fuerza inusual.
- Alteración de la vida debido a esa idea.
- La persona duda sobre su creencia o manifiesta sensibilidad ante ella.
- Si se trata de contradecir sus creencias se suscitan situaciones de encono.
- El delirio puede conducir a situaciones anormales.

---

[35] Anteriormente se utilizaba el término "paranoia" para designarlo.

Digitized by Google

Diagnóstico

El trastorno delirante tiene la característica de presentar ideas incongruentes durante más de un mes. Las alucinaciones más importantes son las táctiles y olfatorias, a diferencia de la Esquizofrenia. No hay mucha alteración de las relaciones sociales. Por otro lado, no debe ser causada por alguna sustancia.

Es importante que no se confunda con la Esquizofrenia, pues en ésta el deterioro parece más parejo en diversas áreas, por un lado las alucinaciones son más auditivas, y en el trastorno delirante, se puede deteriorar la actividad familiar, pero no la social, y viceversa.

Desarrollo de la enfermedad

Esta enfermedad inicia comúnmente en la adolescencia, aunque pudiera también iniciar en la adultez, incluso más allá de la vida media, usualmente este trastorno tiende a intensificarse, aunque también se ha observado remisión en muchos casos tratados a tiempo.

Esta enfermedad puede tener un desarrollo lento, e inclusive no llegar a alterar la vida social, laboral o familiar de la persona. Sin embargo, en algunos casos puede tener un deterioro rápido, sobretodo como consecuencia de las creencias.

Tratamiento

Tratar el trastorno delirante suele ser sumamente complicado, en primer término porque los pacientes suelen pensar que no tienen problemas. Por lo tanto, lo primero que deba hacer el

Digitized by Google

terapeuta es crear una alianza con el paciente, en la cual se establezca confianza y empatía, para poder trabajar con los principales síntomas (es importante resaltar que el terapeuta deberá de no entrar en conflicto con los síntomas de delirio). El terapeuta, si es psicólogo, deberá estar en contacto con un médico, pues existe la posibilidad de que el paciente necesite hospitalización por causa de sus delirios. A pesar de lo difícil del tratamiento, los casos tratados tienen buen pronóstico, más de la mitad se recupera, y una cuarta parte, mejora de manera parcial.

2.7 TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La Anorexia, Bulimia, Obesidad, Ortorexia, Vigorexia Y Permarexia, son Trastornos de la Alimentación cada vez más frecuentes y preocupantes en nuestro entorno.

Según Córdova Villalobos (2009), México está en segundo lugar global en sobrepeso y obesidad y en primer lugar cuando se habla sólo de niños.

Para la sociedad mexicana, usualmente la obesidad, el sobrepeso o el infrapeso son vistos como una cuestión de estética, pero en realidad aceleran procesos crónicos degenerativos muy agudos. Tan es así, que en México la diabetes y el sobrepeso hacen que se gaste más de la tercera parte del presupuesto de las Instituciones de Salud para la atención médica, y las complicaciones que proceden de esto, como la apoplejía y el cáncer, pueden volver incosteable al Sistema de Salud a corto plazo (Córdova Villalobos, 2009). Los niños en México tienen en general niveles altos de glucosa, colesterol y triglicéridos.

Digitized by Google

Según Córdoba Villalobos (2009), de una muestra con niños en todo el País, el 42 por ciento registró sobrepeso y obesidad. Aunque la obesidad y el sobrepeso avanzan en todo México, se debe recordar que en décadas anteriores lo hizo la Anorexia y la Bulimia, que no deben minimizarse.

También existen nuevas enfermedades que son consecuencia de la baja autoestima y los malos hábitos alimenticios, pero sobretodo de la aceptación social y los modelos de belleza que difunden los medios masivos de comunicación, como la Vigorexia, Ortorexia y Permarexia[36]. Sánchez Valys, citada en Salmerón (2007), explica los síntomas de los dos primeros. Las personas normales hacen ejercicio, pero las que padecen Vigorexia, tienen un cuerpo muy vigoroso, en apariencia sano, pero dejan de lado a los compromisos sociales, laborales y familiares, además se consumen alimentos como hormonas y suplementos que no son necesarios y pudieran ser nocivos. Por otro lado, en la Ortorexia se va reduciendo la ingesta de determinados alimentos, pretendiendo una alimentación saludable, que tampoco lo es.

Todos los problemas relacionados con la alimentación llevan consigo también problemas de culpa, aceptación social, autoestima y conductas riesgosas para la salud mental, de ahí su importancia para ser estudiados por la Psicología Clínica.

---

[36] Trastorno alimentario que se caracteriza por la realización constante de dietas con el objetivo de buscar la aceptación social y el incremento de la autoestima.

Digitized by Google

2.7.1 Anorexia

Etimología y definición

La palabra anorexia proviene del griego, α (alpha), que significa sin, y *ορέξις* (orexis), que significa apetito; es un trastorno que se caracteriza por una disminución o ausencia del apetito. Puede tener causas físicas, como infecciones estomacales, pero debe desaparecer cuando ésta se cura. Aunque también puede ser debida a problemas psicológicos, relacionados, como ya se comentó, con la ansiedad y la depresión.

Signos y síntomas psicológicos

La Anorexia se ha vinculado con numerosas distorsiones cognitivas, que son estudiadas principalmente por Ellis y Dryden (1997) de las cuales se mencionan algunas:

- Abstracción selectiva: fija la atención en un problema que perturba, sin ver el todo.
- Debería: se centra en lo que debería ser y no en lo que es.
- Generalizaciones: se toman casos aislados y se generaliza su validez para todo.
- Catastrofización: piensa en los escenarios más espantosos, se ven situaciones incómodas como imposibles de vivir.
- Pensamiento dicotómico: se tiende a pensar que la vida tiene extremos, o blanco o negro, y no escalas de grises.
- Ideas autorreferentes: se considera que todo lo que pasa alrededor se refiere a la obesidad de la persona.

Digitized by Google

Etiología

Anteriormente se pensaba que la Anorexia era causada por la moda, la imitación de las modelos, la presión social, pero en la actualidad se cree que es una combinación de factores biopsicosociales.

Se ha encontrado que los siguientes factores pudieran incidir en este trastorno:

- Obesidad materna (como una presión para no ser así).
- Pérdidas (siendo una secuela depresiva).
- Fracaso escolar.
- Traumas.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos según el DSM IV-TR, citado en García-Camba (2007):

- Rechazo a mantener el peso, dando por consiguiente, un peso inferior al 85% del esperado, según la talla.
- Miedo a ser obeso, a pesar de estar muy delgado.
- Negación del peligro de tener un peso bajo y otras alteraciones perceptuales parecidas.
- Presencia de amenorrea[37].

[37] Es la ausencia de menstruación por más de 90 días.

Digitized by Google

Según García-Camba (2007) se divide en:

- Anorexia restrictiva: ante la ansiedad la persona no come o se purga.
- Anorexia purgatoria: a diferencia de la anterior, la persona ante la ansiedad come en exceso y se purga.

Desarrollo de la enfermedad

Según Tolstrup et al., en 1985 (citado en Mardomingo Sanz, 2003), en una muestra de 150 pacientes durante 22 años, un poco más de la mitad de ellos mejoró, una cuarta parte conservó su Anorexia de forma crónica y la otra cuarta presentó asociación con otros trastornos psiquiátricos y el 6% murió. Según Thender (también citado en Mardomingo Sanz), después de 33 años, la mortalidad es superior al 18%.

Tratamiento

El tratamiento de la Anorexia, como es obvio, implica que se introduzcan cambios en la alimentación del paciente, por lo que la presencia de un nutriólogo será necesaria. Por otro lado, la terapia psicológica se indica por un tiempo prolongado, para lograr disminuir el impacto de lo social en la percepción individual, disminuir sus sentimientos de ansiedad y culpa, que están relacionados con la autoestima.

También, en casos severos, la presencia de un médico o psiquiatra será indicada para prescribir ansiolíticos o antidepresivos, que pueden paliar momentáneamente el problema, en cuanto comienza a actuar la terapia psicológica. Asimismo, la prescripción del deporte suele ser de especial ayuda, en caso que no se realice.

Digitized by Google

2.7.2 Bulimia

Etimología y definición

La palabra bulimia procede del griego *βούς* (bus) que significa buey, y *λιμος* (limos), que significa hambre. Es decir, el hambre que le da al buey.

Esta enfermedad se describe como una elevada necesidad de comer, lo cual produce, de forma repetitiva, que la persona realice atracones. En este padecimiento, la persona tiene consciencia de las consecuencias de sus actos, lo cual la conduce a tomar contramedidas por sus acciones.

Diagnóstico

El diagnóstico de Bulimia tiene los siguientes criterios, según la American Psychiatric Association (2005), los cuales aparecen en el DSM IV–TR:

- Ingesta de alimento en poco tiempo.
- Sensación de no poder parar de comer.
- Contramedidas para evitar ganar peso como, aplicación del vómito, uso de purgantes o práctica excesiva de ejercicio.
- El atracón y las contramedidas ocurren dos veces por semana, por lo menos durante 3 meses.
- La persona con este trastorno considera muy importante la figura.

Digitized by Google

Clasificación

Al igual que la clasificación de la Anorexia, se divide en dos tipos:

- Restrictiva: que se refiere al abuso del ejercicio físico.
- Purgativa: que se refiere al uso de vómito y purgas.

Tabla 2 Diagnóstico diferencial entre Anorexia y Bulimia.

	Anorexia	Bulimia
Peso	Menos del 85%	Más del 85%
Atracón	Sin presencia de trastorno	Con presencia de trastorno

Fuente: adaptación de la American Psychiatric Association (2005).

Estos Trastornos de la Alimentación vienen acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, etc.

2.7.3 Obesidad

Definición

La obesidad es un excedente de grasa que se acumula paulatinamente en el cuerpo y no parece ser una enfermedad por sí misma, pero, está relacionada con hipertensión, diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer.

Digitized by Google

Puede tener un origen multifactorial o ser endócrina, en el primer caso tiene que ver con la ingesta desmesurada de comida.

Diagnóstico diferencial de la obesidad[38]

Aunque muchas personas pueden comer en exceso, e inclusive experimentar culpa y malestar de forma posterior, la obesidad que más interesa a la Psicología Clínica se presenta en aquellas personas que suelen perder el control de forma periódica. A la obesidad que procede de la falta de voluntad para dejar de comer, se le diagnostica como "Trastorno por Atracón".

El diagnóstico de "Trastorno por Atracón" tiene los siguientes criterios, según la American Psychiatric Association (2005), los cuales aparece en el DSM IV-TR:

Episodios constantes de atracones[39], que tienen que ver con más de dos de las siguientes características:

- Se come con más rapidez.
- Se come hasta que incomoda la cantidad excedente de comida.
- La comida se ingiere sin hambre.
- La comida se ingiere a solas para evitar la vergüenza.

---

[38] El diagnóstico diferencial es la identificación de una enfermedad dejando de lado otras causas que presentan similitud.
[39] Caracterizados por una ingesta superior a la normal con pérdida de la voluntad para parar.

Digitized by Google

- La comida produce culpa o sentimientos de incomodidad, una vez que se terminó de ingerir.

Se dan de forma mínima dos veces por semana[40], durante seis meses.

El atracón no se relaciona con la necesidad de aumentar de peso, por cuestiones de salud o de compensación por falta de ingesta.

Según Isnard y cols., (citado en Chinchilla Moreno, 2005), la ansiedad es determinante en este Trastorno. Las personas con estrés, ansiedad o depresión, necesitan comida que los "reconforte". En este sentido, los casos que menciona el DSM IV-TR hacen alusión a personas que comen por sentirse tristes, solas o preocupadas.

Etiología

La obesidad es una enfermedad que proviene de la combinación de muchos factores, como menciona Martínez, Moreno, Marques-Lopes y Martí (2002); se encuentran componentes genéticos y endocrinos combinados con factores ambientales —hábitos alimenticios y actividad física—. Aunque es importante mencionar que en algunos casos parece no haber desencadenantes de la compulsión para comer.

---

[40] No aplica en el caso de que fuera una vez por semana, porque es habitual que las familias que se reúnen los domingos para comer se excedan.

Digitized by Google

Epidemiología

Este padecimiento es el más extendido en los países desarrollados

Según Hoeger y Hoeger (2006), para valorar la obesidad y el sobrepeso, se suele utilizar el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se puede calcular dividiendo el peso entre la estatura al cuadrado.

Kg. / Estatura por estatura.

Por ejemplo, una persona que pesa 95 kilos, y que mide 1.80 metros, se calcularía de la siguiente manera:

95 / (1.80 *1.80) = 29.32 IMC

Tabla 3 Índice de Masa Corporal y su relación con el riesgo a la salud.

Clasificación	IMC (kg/m²)	Riesgo
Obesidad muy enfermiza	Más de 35 de IMC	Muy alto
Obesidad enfermiza	35 de IMC	Alto
Obesidad	30 - 34.9 de IMC	Moderado
Sobrepeso	25 - 29.9 de IMC	Bajo
Peso Ideal	20 - 24.9 de IMC	Muy bajo
Infrapeso	Menos de 20 de IMC	Moderado

Adaptación de Colado Sánchez (2004).

Los riesgos a la salud, como consecuencia de encontrarse fuera del rango del peso ideal, están relacionados con problemas que los médicos deben controlar. Pero no

Digitized by Google

solamente esto, sino que también se deberá enfrentar a los problemas psicológicos que derivan de tener sobrepeso o delgadez extrema, como lo son la baja autoestima, la crítica social, la burla, etc. Que precisamente esto se relaciona con la Psicología Clínica, las personas que comen en exceso o no se alimentan adecuadamente pueden sufrir culpa, tristeza, rechazo, dificultades laborales, familiares o personales.

Tratamiento

El tratamiento de la obesidad es complejo, ya que el problema va mas allá de la voluntad de la persona, necesita un tipo de ayuda de grupo o individual para fortalecerse y poder dar el paso para el control de su peso.

2.7.4 Ortorexia

Etimología y definición

Del griego *ορθος* (ortos), que significa recto, y *ορέξις* (orexis) que significa apetito. Se entiende por Ortorexia la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Este trastorno se caracteriza por personas que le dan una importancia enorme al acto de comer de forma saludable. Aunque en términos generales es una conducta positiva, se vuelve patológica porque la persona se obsesiona con esto y sus conductas giran principalmente alrededor de este fenómeno.

Síntomas psicológicos

- Ideas obsesivas.
- Comportamientos compulsivos.

Digitized by Google

- Depresión.
- Ansiedad.
- Hipocondriasis.

Síntomas físicos

- Hipervitaminosis.
- Hipovitaminosis.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de Ortorexia, se establecen los siguientes criterios:

- Se preocupa más de 3 horas al día pensando sobre el consumo de comida sana.
- Se piensa en la calidad, no en el sabor o el gusto por comer.
- Se siente mal si no come lo que considera correcto.
- Presenta culpa cuando no consume lo saludable.
- Habla con las demás personas sobre sus hábitos dietéticos.
- Su convivencia se ve afectada por este trastorno.

2.7.5 Vigorexia

Etimología y definición

Del latín, vigor, de igual significado, y del griego *ορέξις* (orexis) que significa apetito. Es el trastorno caracterizado por un comportamiento compulsivo, que gira alrededor de una alimentación especializada y la práctica del ejercicio físico, con

Digitized by Google

el objetivo de vigorizar al cuerpo, dedicándole un tiempo y energía excesivo, poniendo en peligro su salud, familia y trabajo (Ladish, 2002).

Cabe aclarar que usualmente acompaña a la Anorexia y la Bulimia, aunque por separado recibe este nombre. En general es más padecido por hombres que por mujeres, cuando no está asociado a los otros Trastornos de la Alimentación.

Etiología

Para Ladish (2002), las causas de la vigorexia se deben buscar en la familia, que constantemente inculcan al niño sobre la importancia del ejercicio físico, también existen factores sociales que presionan para tener una figura esbelta. Las personalidades con pensamientos obsesivos y conductas compulsivas son las más propensas a sufrir de este padecimiento. También se considera que las personas que lo padecen sufren de baja autoestima (Consorcio Sanitario de Tenerife, 2004).

Además, según Ladish (2002), existen similares patrones cerebrales entre las anoréxicas y bulímicas, con los corredores de fondo, lo cual explicaría cierta resistencia ante los malestares (derivados de no comer o de hacer ejercicio excesivo).

Características

La persona con Vigorexia busca tener un cuerpo excesivamente musculoso, para lo cual hace ejercicio en exceso, utiliza medicamentes y hormonas, así como el consumo de alimentos ricos en proteína. La característica más

Digitized by Google

marcada en la Vigorexia es la utilización de tiempos excesivamente largos para el ejercicio físico, lo cual para una persona normal, debería generar problemas sociales y de salud.

Síntomas

Para Ladish (2002), los siguientes son indicios de Vigorexia:

- Fatiga crónica.
- Problemas de concentración.
- Pérdida de vitalidad.
- Dolores y calambres de los músculos.
- Ritmo cardíaco lento.

Síntomas psicológicos

Ladish, (2002) considera que la persona con Vigorexia hace un equivalente mental entre fracaso y descanso, se siente frustrada, con ira y temor a engordar si no practica deporte.

Consecuencias

Estos Trastornos de la Alimentación vienen acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones, tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, etc.

Tratamiento

El tratamiento contra la Vigorexia es similar al de los trastornos de la alimentación, gira alrededor de detener las conductas

Digitized by Google

compulsivas y de que el paciente entienda las causas de su comportamiento.

En el caso de la Vigorexia existe una seria dificultad para que se reconozca el problema, pues las personas usualmente se caracterizan por ser independientes en pensamiento y con tendencia a la autojustificación. Lo anterior será el reto que tenga que afrontar el terapeuta.

2.8 ADICCIONES

Definición

Cabe señalar que para Serrano González (2002), la adicción está más vinculada a una conducta que a una droga. Por lo tanto y, con base en lo anterior, se define la adicción como un estado psicológico y fisiológico de un individuo, originado por un fármaco, alimento, objeto o persona, caracterizado por afectar su comportamiento y generar un impulso para consumirlo o alimentarse, real o metafóricamente, de él, para experimentar bienestar o evitar el malestar producido por su ausencia.

Signos y síntomas

Una persona que padece una adicción presenta síntomas que implican un deterioro de su calidad de vida. También puede ser que utilice mecanismos de defensa, principalmente la negación tanto respecto de la adicción como respecto de que ésta le esté afectando. Finalmente, otro de los síntomas más particulares en las adicciones, se refiere a la pérdida del control para frenarse en ese tipo de conducta.

Digitized by Google

Etiología

Se sabe, desde hace un tiempo importante, que la química del cerebro de algunas de las personas con adicciones, es diferente al común. Consecuentemente se ha relacionado con la herencia. En algunas personas existen niveles más altos de ansiedad —que se ha definido como una intranquilidad hacia un peligro desconocido (Friedman H. H., 2004)—; por lo tanto, muchas adicciones se relacionan con la necesidad de disminuir las preocupaciones que provienen del interior. Finalmente y de manera muy importante, el medio ambiente influye en ella, por ejemplo, a través del bombardeo propagandístico.

El DSM IV-TR menciona algunas reacciones que se vinculan con la ansiedad, como la elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, opresión o malestar torácico, sensación de entumecimiento u hormigueo en diversas partes del cuerpo, escalofríos o sofocos. Y en casos más extremos, miedo a perder el control, volverse loco o morir (American Psychiatric Association, 2005).

Debido al estrés, se vuelve inapropiado el funcionamiento de los neurotransmisores alegres y como respuesta el ser humano tiende a sustituirlos con el consumo de ciertas sustancias. De tal suerte que, para aminorar los efectos de la ansiedad, se puede caer en una serie de hábitos que consiguen afectar gravemente a la salud.

Características

La adicción puede ser a drogas, fármacos o sustancias: como la cocaína, el diazepam y el tabaco, por ejemplo. Alimentos: como el chocolate, la harina y las grasas, por ejemplo. También

Digitized by Google

a personas, hábitos o situaciones: la pareja, el trabajo, las apuestas y el sexo, por ejemplo.

2.8.1 Tabaquismo

Diversos estudios hablan sobre la creencia que tienen los fumadores respecto de que el cigarro reduce el estrés e induce estados de calma; pero contrario a lo que piensa el que fuma, sólo existe un efecto momentáneo de tranquilidad, ya que a continuación, se experimenta una mayor ansiedad. Al inicio pueden aumentar las ondas alfa en el cerebro y estimular la liberación de endorfinas, produciendo sentimientos de relajación, para posteriormente inducir un efecto vivificante.

2.8.2 Alcoholismo

Aunque se cree que el alcohol es un estimulante, en realidad es un poderoso depresor del sistema nervioso y las personas que experimentan estrés, suelen tomarlo por este motivo.

Según Newell (2002), existen tres modelos para explicar el consumo de alcohol:

- Por ser un reductor de la tensión.
- Por ser un reductor de la conciencia cognitiva.
- Por ser un reductor de la memoria emocional.

De cualquier manera se coincide en creer que las personas afectadas por este hábito aprendieron a utilizar el alcohol para reducir la tensión.

Digitized by Google

2.8.3 Consumo de alimentos dañinos para la salud

La explicación a la conducta de los hábitos de consumo de comida inadecuada, se encuentra en relación a los trastorno de la ansiedad y el estrés; cuando una persona sufre estos procesos, el organismo tiende a cambiar el gusto de los alimentos normales, por aquellos que provean rápidamente de energía, como los azúcares y los almidones, debido a la presencia de cortisol; los productores masivos de comida saben que las personas que están en locomoción constantemente, cambiando de actividad o desplazándose y que experimentan ansiedad, les atrae comer algo rápido y con valores altos de grasas, harinas y azúcares.

Este tipo de comida conlleva muchos riesgos para la salud según Whetten & Cameron (2005), por ejemplo:

- La grasa se acompaña del riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, en general y bajo la dieta actual que se lleva, en promedio se consume un 50% más de la que se necesita.
- Aunque en un principio los azúcares y almidones generan impulsos energéticos, presionan al páncreas e incrementan el riesgo de padecer diabetes.
- Usualmente el sodio se consume en cantidades 10 veces superior a la que debería de consumirse y es un importante factor que contribuye a la hipertensión.

Digitized by Google

2.8.4 Otras adicciones

2.8.4.1 Ludopatía

Del griego, *λυδος* (ludos), juego, y *παθος* (pathos), enfermedad. La ludopatía se caracteriza por la conducta descontrolada en relación a los juegos de azar. La inversión de tiempo, energía y dinero se sustentan en la fantasía del paciente de ganar mucho dinero a través del juego. Pero el descontrol progresivo y los gastos en que incurre, lo conducen a problemas mayores, en todos los órdenes.

2.8.4.2 Oniomanía

Del griego, *ονιος* (onios), que significa en venta o para la venta, y *μανία* (manía), que significa locura.

Para los existencialistas como Frankl (1987), el problema de este tipo de conducta consiste en la falta de sentido vital y su necesidad de llenar ese vacío con compras; para Klein, la persona que compra en exceso tiene la necesidad de devorar lo bueno que se encuentra en lo exterior, pero hasta tal grado que también se vuelve destructiva y autodestructiva (1964, pág. 6), la voracidad es:

> [...] un deseo vehemente, impetuoso e insaciable y que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz y está dispuesto a dar. En el nivel inconsciente, la finalidad primordial de la voracidad es vaciar por completo, chupar hasta secar y devorar el pecho; es decir, su propósito es la introyección destructiva.

Para otros especialistas, como Bauman (2003), el deseo de comprar se relaciona con el capitalismo y la necesidad que

Digitized by Google

tiene de vender sus productos, lo cual lleva al acoso de las personas a través de la publicidad.

La oniomanía afecta de manera más importante a las mujeres y los jóvenes; aunque pudiera esconder problemas psicológicos mayores: como la depresión, por ejemplo.

2.9 ALTERNATIVAS PSICOTERAPÉUTICAS

Con la intensión de provocar un interés en el lector sobre las diferentes variantes o modelos de psicoterapia hacia los diferentes tipos de personalidad y sus trastornos, se ofrece en este apartado algunos rasgos teórico-técnicos de los mismos, que permitan diferenciarlos, pero que al mismo tiempo haga un acercamiento más fino. La intención es entonces revisar y remitir de manera práctica y rápida en los distintos modelos más representativos y vigentes.

2.9.1 Desarrollo de la Terapia Psicoanalítica

En sus orígenes, este método terapéutico se servía primordialmente de la Hipnosis con el propósito de descubrir el suceso traumático originario, al mismo tiempo de poder liberar el afecto reprimido y propiciar de este modo una corrección asociativa en la conciencia. El término Psicoanálisis, aparece por primera vez en 1896, en la literatura científica en francés como en alemán, denominado como método catártico. No es sino hasta 1904 que Freud puntualizará la diferenciación del método psicoanalítico denominándolo como un método de libre asociación, que se iría a convertir en una regla fundamental para el Psicoanálisis, como sigue:

Digitized by Google

- La cura se inicia con la regla fundamental de la asociación libre.
- Es necesaria la interpretación y transferencia terapéuticas.
- Puntualiza un beneficio secundario del trastorno o enfermedad psíquica.

El psicoanalista toma asiento fuera del campo visual del paciente quien se encuentra sobre un diván y expone sus ideas, en tanto que la persona del psicoanalista responde a una regla de abstinencia en la cual no le transmite prescripciones, prohibiciones, consejos u opiniones personales. De esta suerte, el analista y toda la situación analítica se convierten en tema central de los intereses del paciente, de sus sentimientos, emociones, conflictos, deseos y temores.

Además del recurso de la interpretación de los sueños y actos fallidos, se mantiene el proceso analítico en las intervenciones verbales del analista, acercándose de esta manera a los determinantes inconscientes de los síntomas.

Un concepto central en el trabajo psicoanalítico es el de la contratransferencia, que se desarrolla a partir de la influencia que hace el paciente sobre la persona del analista y que a su vez actúa sobre su propio inconsciente. Marcando los límites del analista en función de sus propios complejos y resistencias. En suma, Freud, entre 1880 y 1882 consigue inaugurar una ruptura del modelo tradicional médico-psiquiátrico "dejando en las manos" del propio paciente el inicio de su trama vital. Señalando como un método de investigación de los procesos psíquicos inconscientes para el tratamiento principalmente de los trastornos neuróticos.

Digitized by Google

2.9.2 Desarrollo de la Terapia Conductual

Si partimos del supuesto de que la Terapia Conductual es definida como una orientación clínica en general para la modificación de problemas conductuales, el modelo operante de tratamiento supone un control sobre la conducta y sus consecuencias o reforzadores de manera objetiva y concreta. Para la década de los setenta se presentaron datos experimentales que demostraron reducciones significativas e importantes a problemas clínicos en pacientes adultos y niños, incluso llevados a cabo en situaciones de laboratorio muy controladas. De hecho los principios del Análisis Experimental de la Conducta originados en experimentos con animales, principalmente ratas y pichones, se extrapolaron a la explicación del comportamiento humano.

Es importante destacar que para este modelo los conceptos o categorías mentalistas o subjetivas no son consideradas para la explicación de la conducta y, en cambio, se prefieren los objetivos concretos, observables, cuantificables y manipulables con el propósito de poder explicar, predecir y controlar la conducta, tanto en escenarios restringidos como en naturales. Bajo ésta alternativa conductista el orden de los trastornos y padecimientos conductuales se han aplicado en situaciones clínicas para la intervención de la ansiedad, depresión, etc., y por consiguiente, con sus modalidades y técnicas de tratamiento, como la desensibilización sistemática y la economía de fichas, entre otras.

2.9.3 Desarrollo de la Terapia Transaccional

El Análisis Transaccional (AT) puede entenderse como el análisis de las transacciones que se desarrollan entre las

Digitized by Google

personas al interactuar unas con otras. Pertenece a un enfoque racional y sencillo de la estructura y funcionamiento de la personalidad. Sus premisas parten de la idea de que todas las personas tienen la capacidad para aprender a confiar en sí mismas y tomar sus propias decisiones conductuales orientadas al crecimiento emocional, mental, social y espiritual del hombre. Para la plena satisfacción de lo que reconocen como las necesidades superiores y primordiales del ser humano: afecto, amor, autoestima, autoconfianza y autonomía.

Su principal exponente es Eric Berne (1910-1970), psiquiatra con formación psicoanalítica, sus postulados se orientan desde una postura del aprendizaje social, tanto positivo como negativo de su entorno sociocultural, destacando:

- Por naturaleza los seres humanos son capaces de vivir en armonía consigo mismos, con los demás y con la naturaleza.
- Las personas aquejadas de dificultades emocionales y por ende de problemas conductuales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes
- Todas las dificultades emocionales son curables.

Tal perspectiva, permite una inmediata y sencilla comprensión de la conducta de manera rápida y estable. Es ante todo un método positivo de formación del hombre integral. Para el (AT) la personalidad posee una dimensión temporal derivada del desarrollo psicológico del individuo y una dimensión espacial ligada a los acontecimientos sucesivos ocurridos en el entorno físico y social. Descritas en tres grandes facetas, identificadas para cualquier persona y para cualquier observador como sigue:

Digitized by Google

- Estados del Yo niño o arqueopsíquis.
- Estados del Yo adulto o extereopsíquis.
- Estados del Yo padre o neopsíquis.

En consecuencia su propósito terapéutico es brindar a las personas los medios para que ellos puedan resolver lo más satisfactoriamente posible sus dificultades intra e interpersonales, todo ello con el empleo de técnicas creativas e innovadoras como la "representación" y "volver a decidir", entre otras.

2.9.4 Desarrollo de la Terapia Rogeriana

De los presupuestos de la Terapia Centrada en el Cliente en palabras de Carl R. Rogers serían:

- Es posible confiar en la propia experiencia.
- Una evaluación hecha por otro no sirve de nada.
- Es placentero comprender que hay un orden en la propia experiencia.
- Los hechos son amigos.
- El individuo posee capacidad de experimentar conscientemente los factores de su inadaptación psicológica.
- El individuo posee la capacidad para reorganizar un concepto del Yo y hacerlo más congruente con la totalidad de su experiencia.

Digitized by Google

Rogers parte del principio psicoterapéutico de que se trata de un encuentro entre dos personas, terapeuta y cliente[41]. Quedando como dispositivo de la misma el compromiso profundo del primero para con el segundo; su disponibilidad hacia sus propias emociones y de su cliente, así como su grado de autenticidad y coherencia interna. Reconoce al paciente, no como objeto de conocimiento ni objeto de acción, sino más bien lo coloca como un sujeto en relación, respecto al cual el terapeuta se sitúa con una relación humana integral y auténtica, con el acento puesto en la actitud terapéutica en la que encuentra su propuesta y originalidad.

La propuesta teórica sobre la personalidad supone en el desarrollo el fundamento central, pudiendo ser modificado, perturbado o restaurado a lo largo de la historia total del individuo o de su *Self,* como percepción que la persona tiene en sí misma, complementado por la interacción con otros que le dan sentido particular a la experiencia de sí. En un intento por resumir los aspectos más relevantes de la intervención terapéutica se pueden puntualizar los siguientes:

- Mostrar una actitud de acogimiento y no de iniciativa.
- Centrarse en la vivencia del sujeto y no tanto en los hechos que evoque.
- Interesarse por la persona del cliente y no por el problema.

---

[41] Rogers utiliza la palabra cliente en lugar de paciente con el objetivo de implicar que no hay pasividad ni dependencia en él hacia el tratamiento, también quería expresar la falta de enfermedad y autonomía de éstos.

Digitized by Google

- Respetar al cliente y manifestarle una consideración real.
- Facilitar la comunicación y no intentar hacer revelaciones.

2.9.5 Desarrollo de la Terapia Gestalt

Se le define como un enfoque centrado en el momento existencial que vive la persona en el aquí y en el ahora, en su presente. Fue llamada por Fritz Perls, uno de sus principales fundadores, como la "Teoría del darse cuenta".

El término alemán Gestalt significa figura o configuración e implica que los fenómenos deben ser entendidos y tomados en cuenta en su totalidad. Ese todo, se refiere a algo más que la simple suma de sus partes; estrictamente hablando, para el recurso o material psicoterapéutico es importante considerar los elementos de la comunicación verbal como de la no verbal.

El propósito de la propuesta gestáltica es la búsqueda en el cliente para que con la ayuda del terapeuta realice la transición de depender del medio y generar el propio apoyo que este requiere asumiendo su responsabilidad y toma de decisiones.

Para 1912 la Psicología de la Forma, desarrollada por Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, inaugura el término "Phi" o ilusión perceptual. Y estos autores generan algunos principios o postulados teóricos significativos, tales como:

- La conducta simbólica pertenece al campo mental (pensar, imaginar soñar, etc.), es un darse cuenta a través de la visualización.

Digitized by Google

- La conducta interpersonal puede verse interrumpida por resistencias como el caso de la deflexión.
- El ser humano vive, siente sus procesos como configuraciones en formación o destrucción.
- En algunos momentos la figura puede ser el individuo en contacto consigo mismo y el fondo la interrelación entre el individuo y el medio que lo rodea. En otras ocasiones puede resultar a la inversa.

Por su parte, la personalidad no es únicamente la suma total de las acciones entre lo psíquico y lo somático, sino su interacción junto con el medio. Se manifiesta por los patrones de conducta habituales del individuo, luego entonces, la personalidad expresa las necesidades y deseos individuales y su capacidad para satisfacerlos al interior de su propio medio, de ahí que el trabajo de intervención terapéutica se reconozca como un sistema abierto y holístico; por ello el trabajo terapéutico presupone:

- Enfocar un tema.
- Enfocarse en la experiencia inmediata, relacionar a la persona con la totalidad.
- El rol del terapeuta es participante.
- Las técnicas se encuentran dirigidas para dar soporte al campo.
- Se atienden los procesos del campo como cambios de progresión secuencial.
- Existen en todas las etapas del desarrollo el principio de homeostasis o adaptación.

Digitized by Google

De manera específica y concreta el paciente que inicia un trabajo con orientación gestáltica se dinamiza al menos en tres niveles, como sigue:

1. Atender la energía disponible en el cliente: su excitación.
2. Focalizar la energía del cliente con la capacidad de la que dispone en ese momento.
3. Hacer propia la energía y responsabilizarse de ella sin atribuirla a otros.

Los psicoterapeutas de la Gestalt han diseñado varios instrumentos de evaluación diagnóstica tales como: el test de orientación en las relaciones interpersonales fundamentales (TORIF), cuestionario gestáltico-homeostático, examen gestáltico del contacto interpersonal entre otros.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFÍA

Alcaraz Romero, V. M., & Gumá Díaz, E. (2001). *Texto de neurociencias cognitiva.* México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Allidière, N. (2008). *El vínculo profesor-alumno: una lectura psicológica* (2 da. ed.). Buenos Aires: Biblos.

American Psychiatric Association, A. (2005). *Manual Diagnóstico de la Enfermedades Mentales, Texto Revisado* (Cuarta Ed.). Barcelona: Masson.

Anaya, J.-M., Shoenfeld, Y., Correa, P. A., García-Carrasco, M., & Cervera, R. (2005). *Autoinmunidad y Enfermedad Autoinmune.* Medellín, Colombia: CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS.

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES) e IMSERSO. (2007). *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial.* Madrid: Imerso.

Bacon, J. (2009). *The Art of Community: Building the New Age of Participation.* Sebastopol, California, USA: O´REILLY.

Barlow, D. (2004). *Anxiety and Its Disorders.* Nueva York: The Guilford Press.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral.* México: Thompson editores S.A. de C.V.

Bauman, Z. (2003). *La globalización: Consecuencias humanas.* México: FCE.

Digitized by Google

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beredjiklian,M. (2009). *Psicología.* Santillana: México.

Bergeret,, J. (2001). *"Estructura y normalidad" en La personalidad normal y patológica,* Barcelona: Gedisa.

Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del burnout, qué es y cómo superarlo.* Barcelona: Paidós.

Braillon, M. G. (1992). *El sistema nervioso central.* Madrid: Morata.

Canino de Lambertini, E. (1997). *Hipertensión arterial.* Caracas: Equinoccio, ediciones de la Universidad Simón Bolívar.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body.* New York: Norton.

Cash, A. (2002). *Psicología para Dummies.* Grupo Editorial Norma.

Cassem, N. H. (1994). *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de enlace en el Hospital General.* Madrid: Díaz de Santos, S. A.

Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2008). *Personality and intellectual competence.* Ney Jersey: Taylor & Francis.

Chinchilla Moreno, A. (2008). *Las Esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos.* Barcelona: Elsevier.

Chinchilla Moreno, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría.* Barcelona: Masson.

Cloninger, S., Fernández Molina, S., & Ortiz Salinas, M. E. (2003). *Teorías de la personalidad* (Tercera ed.). México: Pearson Educación.

Digitized by Google

Cofer, C. N. (2007). *Motivación y emoción.* México: Limusa, noriega editores.

Colado Sánchez, J. C. (2004). *Acondicionamiento físico en el medio acúatico.* Barcelona: Editorial Paidotribo.

CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE. (2004). *Enfermeros.* Sevilla: Mad, S.L.

Córdova Villalobos, J. A. (24 de Septiembre de 2009). Ocupa México segundo lugar mundial en obesidad. *El Financiero* , págs. 8-10.

Cudeiro Mazaira, F. J. (2008). *Reeducación funcional en la Enfermedad de Parkinson.* Barcelona: Elseviere.

Cuppett, M., & Walsh, K. M. (2007). *Medicina General: Aplicada al deporte.* Madrid: Evolve.

Delgado, H. (29 de abril de 2009). *Psiquiatría y más.* Recuperado el 20 de junio de 2010, de http://psiquiatriaymas.blogspot.com/2009/04/tipologia-de-la-personalidad.html

El Sahili González, L. F. (2010). *Psicología para el Docente: Consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la actividad magisterial.* Guadalajara, Jal., México: Universidad de Guanajuato.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of Rational Emotive Behavior Therapy.* Nueva York: Springer Publishing Company, LLC.

Europapress. (19 de 12 de 2009). Los pacientes con trastorno bipolar tienen el doble de mortalidad y peor salud física que el resto de la población. *La salud mental* , págs. 6-7.

Ferri, F. F. (2006). *Ferri consultor clinico 2006-2007: Claves diagnosticas y tratamiento.* Madrid: Elsavier.

Digitized by Google

Frankl, V. E. (1987). *Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia.* México: Fondo de Cultura Económica.

Friedman, H. H. (2004). *Manual de diagnóstico médico* (Quinta ed.). Méxicó: Masson.

García-Camba, E. (2007). *Avances en transtornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y obesidad.* Barcelona: Masson.

Garfiel, S. (1979). *Psicología Clinica: El Estudio de la Personalidad y la Conducta.* México: El Manual Moderno.

GENTIUNO. (25 de 07 de 2003). *Gentiuno.* Recuperado el 19 de 06 de 2010, de http://www.gentiuno.com/articulo.asp?articulo=460

Goldberg, R. J. (2008). *Guía práctica para la asistencia del paciente psiquiátrico.* Barcelona: Elseviere.

Gray, P. B., Kahlenberg, S. M., Barrett, E. S., Lipson, S. F., & Ellison, P. T. (2002). Marriage and fatherhood are associated with lower testosterone in males. *Evolution and Human Behavior , 4* (23), 193-201.

Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (2005). *Tratado de Psiquiatria Clínica.* México: Masson Doyma.

Hoeger, W. W., & Hoeger, S. A. (2006). *Ejercicio y salud* (Sexta ed.). México: Thompson.

Holland, N. J., Murray, T. J., & Reingold, S. C. (2002). *Esclerosis Múltiple: Guía práctica para el recién diagnosticado.* Nueva York: Demos.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res , 11* (2), 213-8.

Digitized by Google

Jenike, M. A., Baer, L., & Minichielo, W. E. (2001). *Trastornos obsesivo-compulsivos.* Madrid: Harcourt S.A.

Klein, M. (1964). *Envidia y gratitud.* Buenos Aires: Paidós.

Kumar, V., Abbas, A. K., & Fausto, N. (2006). *Robbins& Cotran Patologia humana.* Madrid: Elseviere España S.A.

Ladish, L. C. (2002). *Miedo a comer.* San Juan, Puerto Rico: ALGABA, EDICIONES.

Liem, T. (2001). *La osteopatía craneo sacra.* Barcelona: Paidotribo.

Mardomingo Sanz, M. J. (2003). *Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte.* Madrid: NARCEA, S.A. de Ediciones.

Martínez Selva, J. M. (2004). *Estrés laboral.* Madrid: Prentice Hall.

Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *ANALES, Universidad de Navarra , 25* (1), 01-12.

Massion, J. (2001). *Cerebro y motricidad: Funciones sensoriomotrices.* Barcelona: INDE.

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna.* Barcelona: Elseviere: Masson.

Moore, D. P., & Jefferson, J. W. (2005). *Manual de psiquatría médica.* Madrid: Elsevier.

Morán, R. E. (2006). *Educandos con desórdenes emocionales y conductuales.* San juan, Puerto Rico: La Editorial, Universidad de Puerto Rico.

Digitized by Google

Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2001). *Introducción a la Psicología.* México: Pearson Educación.

Mosby, S. (2004). *Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermeria y Ciencias de la Salud.* Barcelona: Elsevier.

Muchinsky, P. M. (2002). *Psicología Aplicada al Trabajo.* México: Thompson Learning.

Munro, J. F. (2001). *McCleod Exploracion Fisica.* Madrid: Harcourt.

Netter, F. H. (2003). *Medicina interna.* Barcelona: Masson.

Netter, F. H. (2002). *Sistema Nervioso: Trastornos neurológicos y neuromusculares.* Barcelona: Masson.

Newell, S. (2002). *Creating the healthy organization: well-being, diversity and ethics at work.* London : Thompson Learning.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2008). *Tratado de los trastornos de la personalidad.* Barcelona: Elsevier: Masson.

Quevauvilliers, J., & Perlemuter, L. (2004). *Diccionario de Enfermería.* Barcelona: Masson.

Rouviere, H. (2001). *Compendio de anatomía y disección.* Barcelona: Masson.

Sabán Ruiz, J. (2009). *Control Global Del Riesgo Cardiometabolico.* Barcelona: Díaz de Santos.

Salmerón, C. (24 de abril de 2007). Trastornos de la autoestima. *El Universal* , pág. 7.

Digitized by Google

Sapolsky, R. M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del Estrés.* Madrid: Alianza.

Serrano González, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud* (Segunda ed.). Madrid: Díaz de Santos.

Solís-Ortiz, S. (18-19 de mayo de 2006). *Centro de Investigaciones en Óptica.* Recuperado el 11 de Junio de 2010, de www.cio.mx: www.cio.mx/3_enc_mujer/files/orales/.../Ponencia%2005.doc

Stokes, M. (2006). *Fisioterapia en rehabilitación fisiológica.* Madrid: Elseviere.

Storr, A. (1989). *Freud.* México: Harla, coleccion maestros del pasado.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: principios y síntomas* (Octava ed.). Madrid: ELSEVIER MOSBY.

Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.* Barcelona: Masson.

Vallejo Ruiloba, J., & Gastó Ferrer, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Masson.

Vallejo, F. (1998). *Tratamiento de la epilepsia.* Madrid: Diaz de Santos.

Vázquez-Barquero, J. L. (2008). *Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de Psicosis.* Barcelona: Elsevier.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health.* Oxford: Oxford University Press.

Warren, M. P., & Capponi, A. (1995). The role of culture in the development of narcissistic personality disorders in America Japan and Denmark. *The Journal of Applied Social Sciences , 20* (8), 77-82.

Digitized by Google

Weiner, I. (1992). *Métodos en Psicología Clínica.* México: Limusa.

Weiten, W. (2008). *Psicología: temás y variaciones.* México: CENGAGE, Learning.

Whetten, D. A., & Cameron, K. S. (2005). *Desarrollo de habilidades directivas* (Sexta ed.). México: Pearson Educación.

Digitized by Google

Digitized by Google

Psicología Clínica:

de Luis Felipe A. El Sahili González y cols.

se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2010

con un tiraje de 500 ejemplares.

Impreso en Hospital 2295, letra “a”

Colonia Ladrón de Guevara

Guadalajara, Jalisco

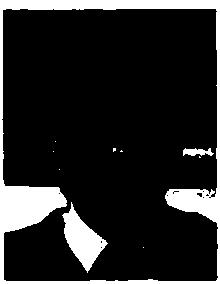
México

Digitized by Google

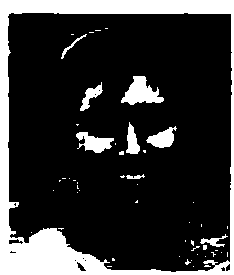
Sobre el Autor

Luis Felipe A. El Sahili González, originario de León, Gto., y dedicado a la docencia universitaria desde hace más de 20 años; es Licenciado en Psicología Clínica, por la UNIVA (Universidad del Valle de Atemajac), con estudios de Maestría en Investigación Educativa (U. de G.) y Administración (Univa). También ha sido distinguido como Mtro. *Honoris Causa* en Pedagogía por el CESI (Centro de Estudios Superiores de Irapuato) por sus obras pedagógicas. Algunos de sus libros anteriores son: *Deserción Escolar* (2009) y *Psicología para el Docente* (2010). Actualmente se desempeña como maestro en la Universidad de Guanajuato y en la Universidad EPCA.

Sobre los Colaboradores



Arturo Jalife Álvarez, originario de la ciudad de México, D. F. y dedicado al trabajo académico universitario desde hace más de 30 años; es Licenciado en Psicología por la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Ha ocupado el cargo de Jefe del Depto. de Metodología de la Investigación en el mismo Campus, con Especialidad en el Ejercicio Docente en el CISE-UNAM y es Maestro en Psicología Clínica por la U. A. Q.; también se dedica a la consulta privada. Actualmente se desempeña como maestro en la Universidad de Guanajuato y en la Universidad EPCA.



Yolanda Hernández Pantoja, originaria de Cortazar, Guanajuato, y dedicada desde hace más de 16 años a la docencia, es Licenciada en Psicología Clínica, por la Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato, con Maestría en Desarrollo Organizacional (U. de. Gto.); además es estudiante de la Meestría en Administración de Personal (U. de. Gto.). Actualmente se desempeña como maestra en la Universidad de Guanajuato y en el SABES (Sistema Avanzado de Videobachillerato y Educación Superior).

Los miedos pensados son siempre peores que los miedos vividos
Carmen Soria

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

ISBN: 978-607-00-3326-1

Derechos reservados: registrado en Indautor

Digitized by Google