

Psicopatología I

SANDRA ANTONIA GÓMEZ MELGAREJO

Red Tercer Milenio

PSICOPATOLOGÍA I

PSICOPATOLOGÍA I

SANDRA ANTONIA GÓMEZ MELGAREJO

RED TERCER MILENIO



AVISO LEGAL

Derechos Reservados © 2012, por RED TERCER MILENIO S.C.

Viveros de Asís 96, Col. Viveros de la Loma, Tlalnepantla, C.P. 54080, Estado de México.

Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Datos para catalogación bibliográfica

Sandra Antonia Gómez Melgarejo

Psicopatología I

ISBN 978-607-733-190-2

Primera edición: 2013

Revisión pedagógica: Aurora Leonor Avendaño Barroeta

Revisión editorial: Dionné Valentina Santos García

DIRECTORIO

Bárbara Jean Mair Rowberry
Directora General

Jesús Andrés Carranza Castellanos
Director Corporativo de Administración

Rafael Campos Hernández
Director Académico Corporativo

Héctor Raúl Gutiérrez Zamora Ferreira
Director Corporativo de Finanzas

Luis Carlos Rangel Galván
Director Corporativo de Mercadotecnia

Ximena Montes Edgar
Directora Corporativo de Expansión y Proyectos

ÍNDICE

<i>Objetivo de aprendizaje general</i>	6
<i>Introducción</i>	7
<i>Mapa conceptual</i>	9
Unidad 1. Bases conceptuales y metodológicas de la psicopatología	10
Mapa conceptual	11
Introducción	12
1.1 Concepción de la psicopatología desde diferentes escuelas de pensamiento en psicología.	13
1.2 Evolución del concepto de la psicopatología a través de la historia	14
1.3 Modelos en el estudio de la psicopatología.	17
1.3.1 Modelo biógeno y psicógeno de la conducta anormal	18
1.3.2 Modelo psicoanalítico	19
1.3.3 Enfoque humanístico y existencial	21
1.3.4 Modelos conductuales	22
1.3.5 Modelos cognoscitivos	24
1.3.6 Modelo familiar sistémico	24
Autoevaluación	26
Unidad 2. Diagnóstico y clasificación	27
Mapa conceptual	28
2.1 Criterios para diagnosticar la enfermedad mental	29
2.2 Clasificación y diagnóstico en psicopatología.	29
2.3 El sistema de diagnóstico del DSM-IV y del CIE-10.	31
2.4 Categorías diagnósticas	34
2.5 Aspectos de la clasificación de la conducta anormal.	54
2.6 Valoración biológica	54
2.7 Valoración psicológica	55
2.7.1 Entrevista clínica	55

2.7.2 Pruebas psicológicas	56
2.7.3 Valoración cognitiva	57
2.7.4 Observación directa de la conducta	57
2.8 Tratamiento hospitalario	58
Autoevaluación	59
Unidad 3. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.	60
Mapa conceptual	61
Introducción	62
3.1 Retraso mental.	63
3.2 Trastornos del aprendizaje	65
3.3 Trastornos de las habilidades motoras	67
3.4 Trastornos generalizados del desarrollo	69
3.5 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	72
3.6 Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria	75
3.7 Trastornos de tics	77
3.8 Trastornos de la eliminación	78
3.9 Otros trastornos de la infancia, niñez y/o adolescencia	79
Autoevaluación	81
Unidad 4. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	85
Mapa conceptual	86
Introducción	87
4.1 Delirium	88
4.2 Demencia	90
4.3 Trastornos amnésicos	99
4.4 Trastornos cognoscitivos no especificados	101
Autoevaluación	104
Unidad 5. Trastornos mentales	107

Mapa conceptual	108
Introducción	109
5.1 Trastorno catatónico debido a enfermedad médica	110
5.2 Cambio de personalidad debido a enfermedad médica	111
5.3 Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica	114
Autoevaluación	115
Unidad 6. Trastornos relacionados con sustancias	117
Mapa conceptual	118
Introducción	119
6.1 Trastornos relacionados con el alcohol	122
6.2 Trastornos relacionados con alucinógenos	125
6.3 Trastornos relacionados con anfetaminas	128
6.4 Trastornos relacionados cafeína	131
6.5 Trastornos relacionados con la cannabis	132
6.6 Trastornos relacionados con cocaína	134
6.7 Trastornos relacionados con feniciclidina	136
6.8 Trastornos relacionados con inhalantes	138
6.9 Trastornos relacionados con nicotina	141
6.10 Trastornos relacionados con opiáceos	142
6.11 Trastornos relacionados con sedantes ansiolíticos	144
6.12 Trastornos relacionados con varias sustancias	147
Autoevaluación	149
Unidad 7. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	153
Mapa conceptual	154
Introducción	155
7.1 Esquizofrenia. Definición	156
7.2 Trastornos:	159
7.2.1 Trastorno esquizofreniforme	159
7.2.2 Trastorno esquizoafectivo	160

7.2.3	Trastorno delirante	162
7.2.4	Trastorno psicótico breve	164
7.2.5	Trastorno psicótico compartido (folie á deux, locura a dúo)	166
7.2.6	Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	1617
7.2.7	Trastorno psicótico inducido por sustancias	168
7.2.8	Trastorno psicótico no especificado	170
	Autoevaluación	171
	Unidad 8. Trastornos del estado de ánimo	173
	Mapa conceptual	174
	Introducción	175
8.1	Trastornos	176
8.1.1	Episodios afectivos	176
8.1.2	Episodio depresivo mayor	176
8.1.3	Episodio maniaco	179
8.1.4	Episodio mixto	181
8.1.5	Episodio hipomaniaco	181
8.2	Trastornos depresivos (con episodios depresivos)	182
8.2.1	Trastorno depresivo mayor	182
8.2.2	Trastorno distímico	183
8.2.3.	Trastorno bipolar	184
8.2.4	Trastorno ciclotímico	186
8.2.5	Trastorno bipolar no especificado	187
8.3	Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	187
8.4	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia	189
8.5	Trastorno del estado de ánimo no especificado	190
	Autoevaluación	191
	Unidad 9. Trastornos de ansiedad	194
	Mapa conceptual	195
	Introducción	196

9.1	Conceptualización general de los trastornos de ansiedad.	197
9.2	Clasificación:	200
9.2.1	Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella), o agorafobia sin trastorno de angustia	200
9.2.2	Fobia específica	202
9.2.3	Fobia social	204
9.2.4	Trastorno obsesivo-compulsivo	205
9.2.5	Trastorno por estrés postraumático	206
9.2.6	Trastorno por estrés agudo	208
9.2.7	Trastorno de ansiedad generalizada	210
9.2.8	Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.	211
9.2.9	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	212
9.2.10	Trastorno de ansiedad no especificado	213
	Autoevaluación	215
	 Unidad 10. Trastornos somatomorfos	 217
	Mapa conceptual	218
	Introducción	219
10.1	Caracterización general	220
10.1.1	Trastorno de somatización	220
10.1.2	Trastorno somatomorfo indiferenciado	222
10.1.3	Trastorno de conversión	223
10.1.4	Trastorno por dolor	225
10.1.5	Hipocondría	227
10.1.6	Trastorno dismórfico corporal	228
10.1.7	Trastorno somatomorfo no especificado	229
	Autoevaluación	231
	 <i>Glosario</i>	 234
	<i>Bibliografía</i>	238

OBJETIVO DE APRENDIZAJE GENERAL

A través del presente texto se pretende proporcionar al alumno las bases teóricas para el conocimiento de la psicopatología, como ciencia que estudia la anormalidad en el comportamiento humano. Se proporcionan los modelos teóricos más desarrollados en el estudio de los trastornos mentales, al igual que los principales criterios de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Asimismo, se abordan los principales trastornos, más estudiados y sus principales criterios de diagnóstico según el DSM-IV, con el objetivo de que el alumno obtenga los conocimientos necesarios para la detección de diversas enfermedades e identifique los síntomas relacionados con cada padecimiento.

INTRODUCCIÓN

La psicopatología es abordada en el presente texto como una ciencia independiente que se dedica al estudio de la desviación y/o anormalidad del comportamiento humano. Los estudios psicopatológicos constituyen una de las herramientas más importantes para el psicólogo para todas las áreas en las que se desempeña: desde niveles básicos de investigación hasta la práctica clínica. Su conocimiento hace posible el diagnóstico y la clasificación de las conductas anormales o trastornos mentales, así como la obtención de un conocimiento más general de los comportamientos individuales. El resultado se traduce en un tratamiento acertado.

En la Unidad 1 se describen las bases conceptuales y metodológicas de la psicopatología; se presentan, asimismo, los principales modelos teóricos que se enfocan al estudio de las causas, consecuencias y posibles tratamientos de los trastornos.

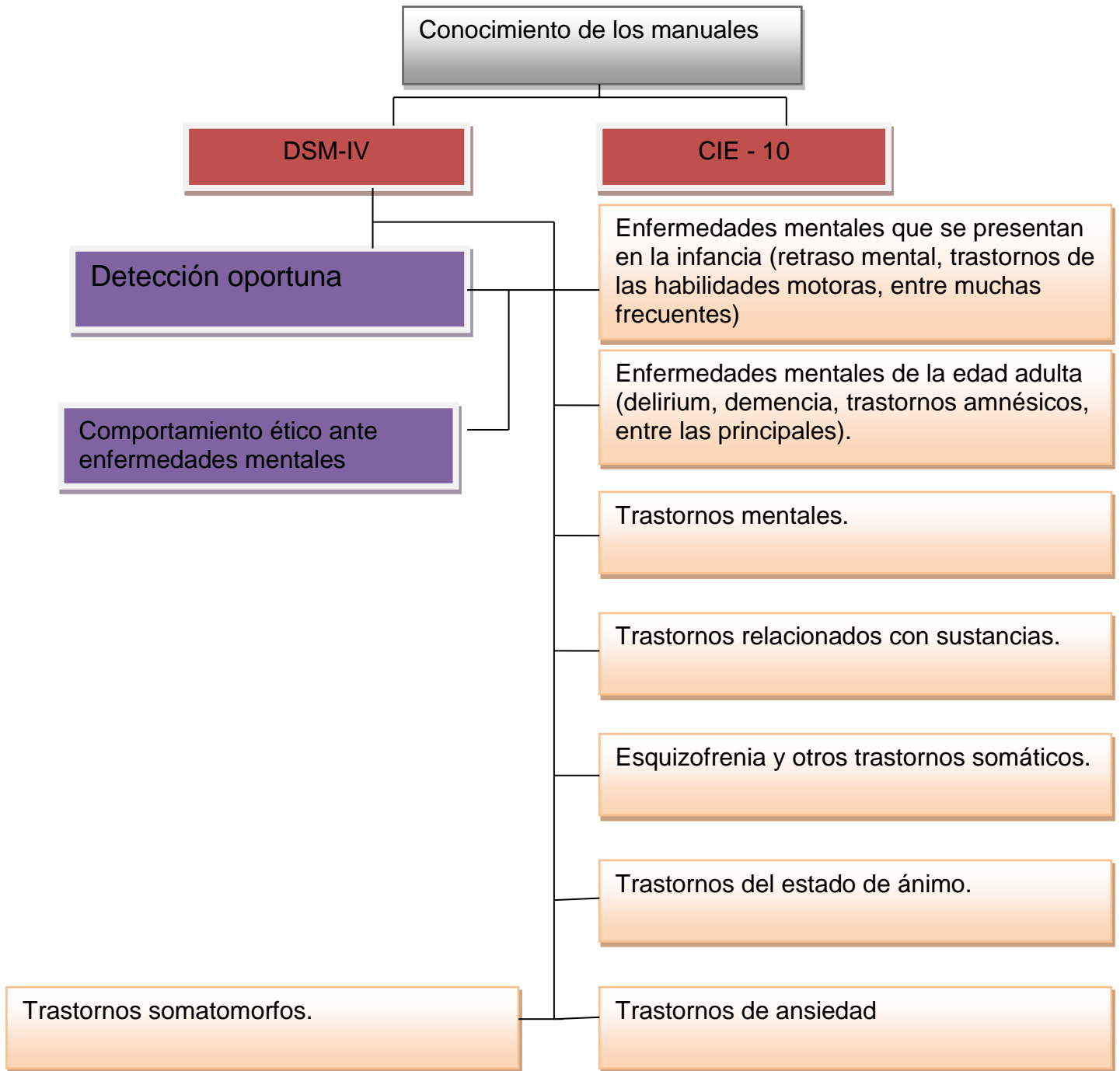
La Unidad 2 aborda los temas relacionados con los criterios para el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales; en este apartado se describe el sistema de diagnóstico DSM-IV (Manual Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), dos de los manuales más utilizados y que han logrado trascender a una gran cantidad de intentos de clasificación de las enfermedades mentales. De igual manera, se describen de manera general los métodos de valoración de los trastornos, necesarios para llevar a cabo un adecuado diagnóstico.

A partir de la Unidad 3 (y hasta la 10) se describen los trastornos mentales más comúnmente identificados en la sociedad, de acuerdo con los criterios de diagnóstico establecidos en el DSM-IV. La Unidad 3 se enfoca en los trastornos que se presentan al inicio de la infancia, en la niñez o de la adolescencia. La Unidad 4 presenta trastornos mentales que se manifiestan comúnmente en la tercera edad (como el delirium, la demencia, los trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos). La Unidad 5 aborda los trastornos

mentales debido a enfermedades médicas. Los trastornos relacionados con el consumo de distintas sustancias se presentan en la Unidad 6. La Unidad 7 se centra en los criterios diagnósticos para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los diversos trastornos del estado de ánimo se describen en la Unidad 8. La Unidad 9 se enfoca a los trastornos de ansiedad. Por último, la Unidad 10 aborda los trastornos somatomorfos.

Es importante señalar que el presente texto pretende acercar al estudiante al conocimiento de los distintos conceptos, trastornos, y criterios de diagnóstico más generales que debe conocer; sin embargo, es necesario que el estudiante haga uso directo de los manuales de diagnóstico más especializados como el CIE-10 y el DSM-IV. Lo anterior con el objetivo de promover una actitud responsable y ética en el diagnóstico de los trastornos mentales.

MAPA CONCEPTUAL



UNIDAD 1

BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

OBJETIVO

El estudiante conocerá los principales antecedentes y conceptos de la materia de psicopatología, y comprenderá este concepto como la definición de una ciencia independiente, pero relacionada íntimamente con otras ramas científicas.

TEMARIO

1.1 CONCEPCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DESDE DIFERENTES ESCUELAS DE PENSAMIENTO EN PSICOLOGÍA.

1.2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE LA PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

1.3 MODELOS EN EL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA.

1.3.1 Modelo biógeno y psicógeno de la conducta anormal.

1.3.2 Modelo psicoanalítico.

1.3.3 Enfoque humanístico y existencial.

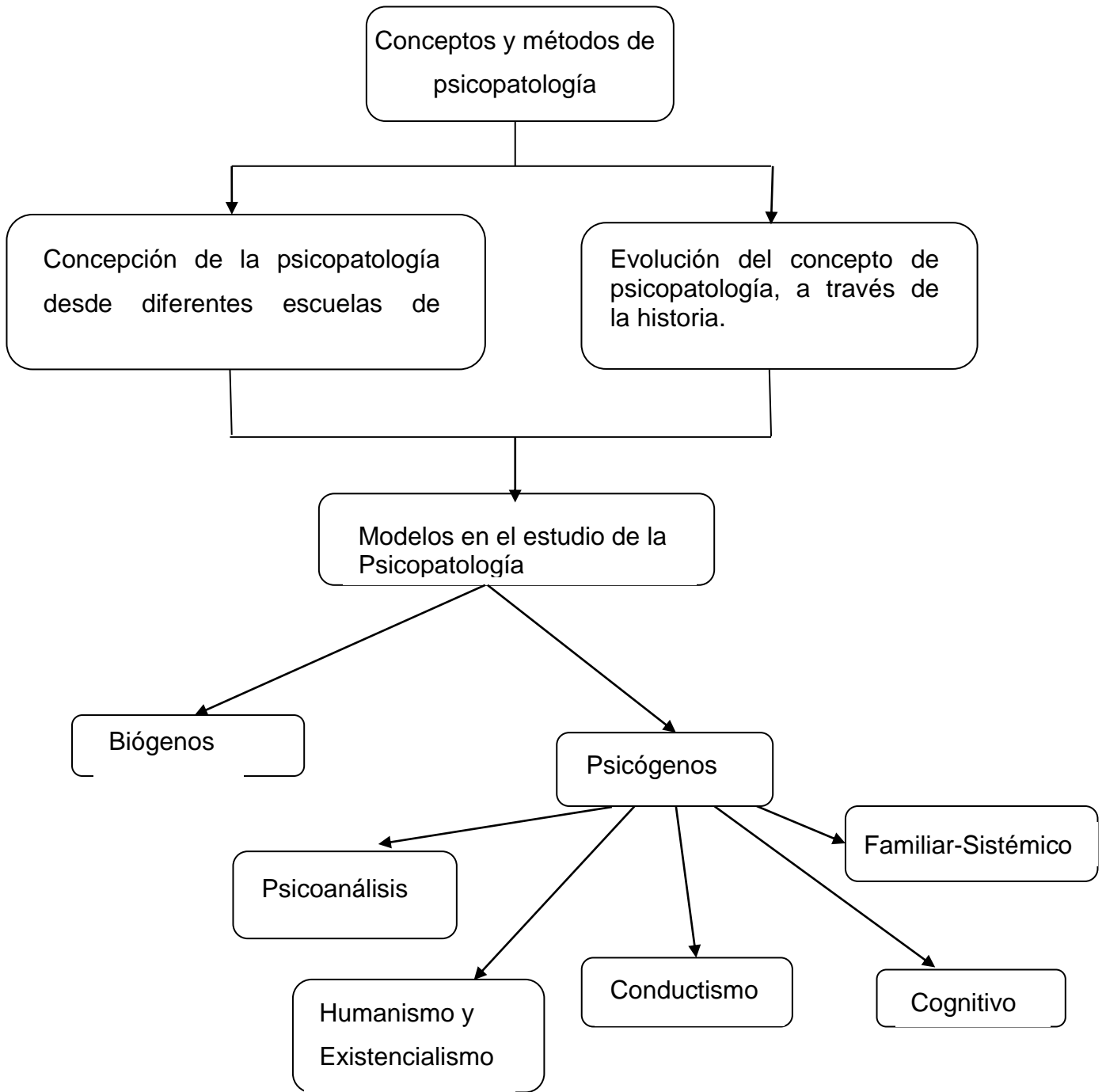
1.3.4 Modelos conductuales.

1.3.5 Modelos cognoscitivos.

1.3.6 Modelo familiar sistémico.

Autoevaluación

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

La presente unidad muestra una reseña histórica y la evolución de la psicopatología, así como las bases que la han convertido en una ciencia, Su campo de investigación está en constante cambio, un punto en el que se hace énfasis en esta primera unidad. Del mismo modo, se muestra, las bases de diversos modelos teóricos que se enfocan de manera más profunda al estudio de las posibles causas de las patologías mentales y anormalidades del comportamiento.

1.1 CONCEPCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DESDE DIFERENTES ESCUELAS DE PENSAMIENTO EN PSICOLOGÍA.

Durante mucho tiempo diversos autores han mantenido un debate sobre la definición a establecer para el término de *psicopatología*. El principal obstáculo consiste en la ubicación en una posición intermedia entre dos ciencias fuertes, la psicología y la psiquiatría, sin pertenecer totalmente de ninguna de las dos. Sin embargo, la psicopatología se puede definir como la ciencia que investiga, enseña y se orienta hacia la comprensión de la mente humana; se enfoca principalmente al estudio de su desviación y/o anormalidad. Por lo tanto, su objeto de estudio es el funcionamiento mental y las conductas del ser humano en su amplio rango de variabilidad: desde la normalidad hasta la patología; sin que se tenga definida la línea de separación.¹

Las aportaciones de esta ciencia tienen una doble vertiente: proporcionan conocimientos que ayudan a una mejor práctica clínica y brindan bases teóricas que se añaden al conjunto de teorías sobre el comportamiento humano.²

Esta materia está íntimamente relacionada a la psicología ya que comparten el mismo objeto de estudio: la mente y la conducta humana. Se identifica con la psiquiatría en el estudio de la salud mental; sin embargo, el objeto de estudio de ésta es la enfermedad por sí sola, a diferencia de la psicopatología, que se enfoca mayormente en el enfermo.

Una de las más grandes dificultades con las que se encuentra esta ciencia, a nivel conceptual, es la dificultad para definir mente y conducta desviada y/o anormal. En respuesta a esta problemática, se hará un intento por encontrar definiciones lo más concretas posibles.

El ser humano, por naturaleza, se forma normas de conducta, tanto a nivel colectivo como individual.³ Por lo tanto, el principio de “anormalidad” ha existido desde tiempos ancestrales. Bajo este concepto, se postulan estándares

¹ Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 13-14.

² *Ibidem*, p.15

³ Jarne E., *Psicopatología*, p. 27.

de normatividad conductual establecidos por los diferentes grupos sociales, de acuerdo con su contexto cultural e histórico, principalmente. Del mismo modo se definen características o rasgos que rebasan la normalidad como *conductas anormales*, *trastornos* o *patologías*. Éstas son el foco de atención de la psicopatología.

A continuación se examinarán algunos de los primeros intentos de la humanidad por comprender y resolver los diversos factores derivados de las anormalidades mentales y/o conductuales.

1.2 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE LA PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Los primeros indicios del origen de las enfermedades mentales fueron encontrados en cráneos trepanados en épocas prehistóricas. En ellos se observa que el hombre primitivo realizaba cirugías de cráneo, posiblemente atribuyendo un origen sobrenatural a la enfermedad mental; se cree que los agujeros servían para desalojar los espíritus malignos o demonios de la persona afectada (ver figura 1). Con la misma creencia acerca de la posesión de demonios en el individuo dañado, el exorcismo se convirtió entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios en una práctica frecuente. En principio era realizada por hechiceros y luego por sacerdotes.⁴



Fig. 1. Cráneo prehistórico trepanado⁵.

En la cultura greco-romana, alrededor del siglo V a. C., figuras importantes aportaron ideas que se sostuvieron hasta la Edad Media, sobre la enfermedad mental. Hipócrates fue el que influyó de manera más importante, ya

⁴ Vallejo, R. J., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. p. 5-6.

⁵ Información <http://culturaspre-incaicas-2dogrado.blogspot.com/2010/11/paracas.html>

que él no apoyó la idea de que los dioses eran causantes de las enfermedades mentales; por el contrario, defendió que las causas eran naturales, provocadas por algún daño orgánico, al igual que por cualquier otro padecimiento de salud. Su teoría se denominó “Teoría de los humores”; de acuerdo con ésta, la salud se asienta en el equilibrio de los cuatro tipos de humores que se encuentran dentro del cuerpo que forman la naturaleza humana: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. O, aún mejor, en el equilibrio de las cualidades que acompañan y caracterizan a estos (caliente, frío, seco y húmedo). La enfermedad, de acuerdo con esta concepción, es producto de la ruptura del equilibrio humoral; la curación vendría por el camino de conseguir la homeostasis o su restablecimiento.⁶

Durante la Edad Media, la autoridad de la Iglesia influyó durante muchos siglos en la concepción del trastorno mental; por esta razón se mantuvo la idea de que el origen de los males era la brujería o la posesión demoniaca. Hasta el siglo XIII la Iglesia le llamaba “loco” a una víctima inocente del diablo, de modo que el trato terapéutico podía ir desde delicados y respetuosos ritos (oraciones, agua bendita, exorcismos, peregrinaciones a lugares sagrados, entre muchas manifestaciones), hasta fuertes juicios y torturas (ver figura 2).⁷



Fig. 2. Pintura: *La piedra de la locura*, pintor holandés: “El Bosco”⁸

⁶ Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 42.

⁷ Jarne E., *Psicopatología*, p. 20-23.

⁸ Información disponible en <http://blogs.lainformacion.com/zoomboomcrash/2010/03/13/cds-o-la-piedra-de-la-locura/>

En el Renacimiento y la Ilustración iniciaron los cuestionamientos hacia la visión demonológica que se mantuvo y, por lo consiguiente, se practicaron duros castigos y sacrificios que establecía la Inquisición con las personas que padecían algún trastorno mental y que eran etiquetadas como “poseídas por el demonio”, parte de la brujería y hechiceros. Comenzaron a considerarse nuevamente las causas naturales para encontrar las raíces de la enfermedad mental. En el siglo XV surgen los primeros manicomios y hospitales psiquiátricos. Hacia el siglo XVIII se registra el auge de la observación y descripción clínica de los diferentes trastornos y la tendencia creciente a recluir enfermos en centros e instituciones.⁹

Con la primera reforma asistencial, se consideran a los hospitales mentales (manicomios) como instituciones cerradas y con un fin terapéutico. Esto sucede a finales del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX; en el periodo destacó una nueva manera de entender y llevar a cabo la práctica clínica, así como tener una nueva actitud y trato hacia el enfermo, a lo que se le denominó: *tratamiento moral*.¹⁰ En esta época se mejoraron las condiciones de vida en los manicomios.

En periodos posteriores se comenzó a aplicar el método clínico descriptivo. Se dio mayor importancia a la descripción clínica con la recopilación de casos y la observación detallada del comportamiento y sintomatología del enfermo. El objetivo era describir y clasificar los trastornos mentales.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se formularon distintos modelos teóricos explicativos con el fin de encontrar tratamientos para los distintos trastornos mentales.¹¹ De estas estructuras derivaron diversos modelos de estudio que explicaban y abordaban los trastornos psicopatológicos.

⁹ Belloch, A., *Manual de Psicopatología*, p. 12.

¹⁰ Jarne E., *Psicopatología*, p. 22.

¹¹ *Ibíd.*, p. 23.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

1. Realiza una línea de tiempo con los acontecimientos relevantes para el desarrollo de la psicopatología.
2. Describe de qué manera el filósofo Hipócrates influyó en la visión actual que se tiene sobre la anormalidad de la conducta.
3. Investiga tres tipos de tortura utilizados durante la Edad Media para la cura de los trastornos mentales.
4. Realiza un ensayo en el que defienda la reforma asistencia, con el *tratamiento moral* hacia los pacientes psiquiátricos.

1.3 MODELOS EN EL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA

Una vez que se tuvo una visión más clara sobre la anormalidad del comportamiento como consecuencia de una enfermedad mental y se asignaron lugares e instituciones para el sustento de estas quienes padecían de estas patologías, fue posible lograr mayor control sobre estas. Tuvo que pasar más tiempo para que se le prestara mayor atención a las causas tangibles de los trastornos mentales. En la actualidad, este análisis sigue siendo una tarea complicada, a pesar de los grandes desarrollos tecnológicos, ya que el objeto de estudio, la mente, es intangible.

Surgieron diversos modelos que siguieron principalmente dos visiones generales: una biógena y una psicógena. La primera se refiere a que la causa proviene de un deterioro orgánico: la falla en algún órgano interno es la causa de la anormalidad conductual; la segunda, se refiere a que el trastorno es producto de un proceso interno, inmaterial, formado por la historia de vida de cada individuo, a la que sólo se puede tener acceso por medio de la externalización verbal o conductual del paciente. Diversas corrientes de pensamiento filosófico se han dedicado a indagar de manera especulativa sobre la causa de estos fenómenos mentales. Sin embargo, sólo en el pasado siglo se comenzaron a establecer modelos más precisos sobre el origen de los padecimientos mentales.

1.3.1 Modelo biógeno y psicógeno de la conducta anormal

El modelo biógeno o biologista emergió en un contexto médico; el psicógena o psicologista, en cambio, implicó toda una ruptura con la tradición que representaba la corriente biógena.

El pionero de la concepción biógena fue psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868), quien según sus presupuestos, sería posible establecer una relación directa entre los diferentes trastornos psicopatológicos y lesiones anatómicas en el sistema nervioso central. Su discípulo, Emil Kraepelin, aun cuando coincidió con su maestro en que la etiología de los trastornos mentales es una causa orgánica, defendió que las enfermedades mentales quedan mejor definidas por su curso, pronóstico y clínica. Gracias a esta visión, comenzó a tomar forma y orden la psicopatología como ciencia, ya que se recopiló y sistematizó la gran cantidad de cuadros clínicos que se habían descrito en el transcurso del último siglo y los agrupó en función de sus similitudes clínicas. De esto surgió la gran diferenciación entre demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva.¹²

En Europa, Charcot, Babinski, Janet, Freud y Bleuler fueron los antecesores de la perspectiva psicógena, en Estados Unidos fue Meyer. Ellos plantearon una causa psicológica en el origen del trastorno mental; el inicio se tuvo esencialmente con Freud, quien trasladó su interés de los cuadros psicóticos, con los que había trabajado Kraepelin, hacia cuadros neuróticos; además, trató la separación entre la conducta normal y la anormal, posibilitando la comprensión más completa del fenómeno psicótico. Sustituyó el método clínico pasando de “la historia de la enfermedad” a “la historia del enfermo”. Lo anterior motivó que surgiera en Estados Unidos un movimiento de reforma contra el internamiento indiscriminado en hospitales psiquiátricos, campañas de higiene mental, mejoras en el sistema hospitalario y nuevas terapias y métodos asistenciales.¹³

¹² Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 49

¹³ Jarne E. *Psicopatología*, p. 23.

Como se observó anteriormente, la explicación de los trastornos psicopatológicos ha fluctuado a lo largo de la historia entre explicaciones mágicas, biógenas o psicógena. El énfasis recae ahora en el estudio de los diferentes modelos psicógenos, desarrollados por las diferentes corrientes teóricas psicológicas.

1.3.2 Modelo psicoanalítico

Sigmund Freud (1856-1939) planteó la teoría de que los trastornos mentales producen comportamientos extraños y síntomas demasiado exóticos; éstos, a su vez, pueden analizarse de forma científica, y ser atribuibles a motivos y conflictos inconscientes. Sus ideas acerca de las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos conforman el fundamento de la perspectiva psicodinámica. Es importante subrayar que el término *psicoanalítico*, se refiere a la teoría original del enfoque de Freud, mientras que el término *psicodinámico* se refiere de manera más amplia al enfoque de procesos inconscientes e incluye una amplia variedad de perspectivas teóricas.¹⁴

Freud afirmaba que los primeros años de vida de todo ser humano eran cruciales para la función formativa de la personalidad; para el análisis de los diferentes momentos en la vida del ser humano, propuso una secuencia normal de desarrollo mediante una serie de lo que llamó *etapas psicosexuales*. Cada etapa se enfoca en una zona excitable sexualmente (zona erógena) del cuerpo; la forma en que en la infancia se aprende a satisfacer los deseos sexuales asociados con cada etapa se vuelve un componente importante de su personalidad. Las etapas de desarrollo formuladas por Freud son *etapa oral* (0-18 meses), *etapa anal* (18 meses- 3 años), *etapa fálica* (3-5 años), *latencia* (5-12 años) y *etapa genital* (12 años hasta la adultez). De acuerdo con Freud, la falla al pasar por estas etapas en la manera normal causa varias perturbaciones psicosexuales y trastornos de carácter. De acuerdo con esta teoría, los

¹⁴ Halguin, R.P., Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, p. 112.

conceptos de regresión y fijación son centrales para el desarrollo de una perturbación psicológica¹⁵.

Freud aseveró que la mente está formada por tres componentes: el *ello*, el *yo* y el *superyó*. Las tres estructuras constituyen la *psique* (del griego “alma”) e interactúan en forma continua entre sí en una forma “dinámica”. El *ello*, contiene los impulsos básicos, principalmente los sexuales y agresivos, información inaccesible para la consciencia; se encuentra por completo en el inconsciente. El *yo* es el centro consciente de la personalidad, pues da al individuo los poderes mentales de juicio, memoria, percepción, y toma de decisiones, los cuales le permiten adaptarse a las realidades del mundo externo. El *superyó* está, como el nombre implica, “sobre el yo”, el control la búsqueda que hace el yo de los deseos del *ello*. Freud postuló que en la personalidad de un individuo sano, el *ello* satisface los deseos instintivos por medio de la capacidad del *yo* para navegar en el mundo externo dentro de los límites colocados en él por el *superyó*. La psicodinámica o la interacción entre las estructuras de la mente es la base para el funcionamiento normal y anormal.

Para superar la ansiedad provocada por alguna tensión, causada a su vez por la falta satisfacción sobre alguna de las estructuras, las personas usan tácticas que mantienen los pensamientos, instintos y sentimientos inaceptables fuera de la conciencia (estrategias que Freud llamó *mecanismos de defensa*, por ejemplo: negación, proyección, represión, desplazamiento, entre otras.)¹⁶.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo entre los modelos biógeno y psicógeno.
2. Desarrolla un mapa conceptual los principios del modelo psicoanalista.
3. Indica una analogía para cada uno de los componentes de la mente o de la personalidad (yo, ello, y superyó), según Freud (por ejemplo, si el superyó fuera un objeto sería _____).

¹⁵ Ibidem, p. 113.

¹⁶ Halguin, R.P. & Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, p. 113.

1.3.3 Enfoque humanístico y existencial

Abraham Maslow (1908-1970) fue el iniciador de la corriente humanista en la que se plantea que cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento y actualización que es el motor de su conducta. Su perspectiva se centra en la noción de *autorrealización*, que se refiere a la realización máxima del potencial del individuo para el crecimiento psicológico. Afirmaba que los valores y el proceso de selección de los mismos son la base del crecimiento humano, que es considerado desde una perspectiva básicamente positiva ya que incrementa y enriquece las potencialidades humanas.¹⁷ Esta teoría se enfoca también en la motivación, pues Maslow encontró que las experiencias motivacionales impulsan a las personas hacia la realización de su potencial más pleno. De acuerdo con este autor, las personas autorrealizadas son precisas en sus autopercepciones y capaces de encontrar fuentes ricas de placer y estimulación.

La teoría de Maslow, se conoce principalmente por su *jerarquía de necesidades*, representada en forma de pirámide, la cual describe el orden en el que deben satisfacerse las necesidades humanas (figura 3); el diagrama comienza desde las más básicas (ubicadas, justamente en la base) y abarca los niveles superiores (en la punta de la pirámide).¹⁸



Fig. 3. Pirámide de jerarquía de necesidades de Maslow¹⁹.

¹⁷ Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 24.

¹⁸ Halguin, R.P. & Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, p. 24-25.

¹⁹ Información disponible en <http://informa31.wikispaces.com/PIRAMIDE+MASLOW>

Carl Rogers (1902-1987) aportó una visión muy importante: la teoría centrada en la persona, mejor conocida como *centrada en el cliente*, misma que se enfocaba en el carácter único de cada individuo, la importancia de permitir que cada uno logre el cumplimiento máximo de su potencial y la necesidad de confrontar en forma honesta la realidad de sus experiencias en el mundo, basándose en la premisa de que las personas son buenas en forma innata y que el potencial para la automejora se encuentra dentro del individuo mismo²⁰.

Por otra parte, es importante mencionar al *existencialismo*, corriente filosófica que se enfoca en el significado de la existencia que cada persona ha de establecer por sí misma. La autenticidad tiene que ser la meta de la persona.

Desde estas perspectivas, un trastorno mental es provocado cuando las capacidades de autorrealización y autenticidad se ven bloqueadas o distorsionadas por la excesiva utilización de los mecanismos de defensa, aunque también provocarse un desorden cuando las condiciones sociales que llevan a aprendizajes son defectuosas para enfrentar las fluctuaciones de la vida. Incluso el estrés excesivo puede influir. En este enfoque se rechazan las clasificaciones y, de hecho, la división entre las patologías neuróticas, psicóticas y lo que Maslow denomina la “psicopatología del normal”, su explicación a tal categorización es ésta: la gente normal pero sin conciencia de sus potencialidades como ser humano, se desvanece y se define sólo por el alejamiento de la realidad que padece el sujeto.

1.3.4 Modelos conductuales

Los principios de los modelos conductuales se basan en el interés sobre la conducta como fenómeno observable y medible; asimismo, se caracterizan por enfocarse en problemas actuales del sujeto. Son modelos que siguen rigurosos métodos experimentales y científicos. Sus principios se aplican a todo tipo de conductas.

El enfoque conductista comenzó con los estudios de Iván Pavlov (1849-1936) sobre la asociación de una respuesta refleja con un estímulo no

²⁰ Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 24-25.

relacionado que provoca una respuesta o conducta, a lo que denominó *condicionamiento clásico*. Esta conexión se forma mediante apareamientos repetidos en las dos clases de estímulos: uno neutro, conocido como *estímulo condicionado* (porque provoca una respuesta después del condicionamiento; y un estímulo provocador natural que se llama *estímulo incondicionado*, ya que produce una respuesta antes del condicionamiento²¹.

Posteriores a Pavlov fueron los estudios sobre el *condicionamiento operante*, desarrollado por B. F. Skinner (1904-1990), quien afirmó que este tipo de condicionamiento constituye un proceso de aprendizaje en el que el individuo adquiere comportamientos a través de las consecuencias que conllevan a lo que se denomina *reforzamiento*. Puede haber diferentes clases de reforzadores que satisfacen una necesidad biológica (hambre, sed, alivio del dolor, sexo). Éstos se llaman *reforzadores primarios*, porque son gratificantes de manera intrínseca; otro tipo son los *reforzadores secundarios*, los cuales obtienen importancia por su relación con reforzadores primarios (por ejemplo: el dinero se asocia con el poder para obtener reforzadores primarios, como el alimento o la vestimenta).²²

Según esta visión conductual, la anormalidad es causada por experiencias de aprendizaje fallidas o por la incapacidad para aprender nuevas conductas, adquirir aptitudes adaptativas necesarias y/o el aprendizaje de respuestas desadaptadas o ineficaces.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Construye un cuadro comparativo de la visión de la anormalidad entre los modelos mostrados.
2. Esquematiza la pirámide de Maslow, expresando con imágenes cada nivel.
3. Expresa, mediante una fórmula, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

²¹ Halguin, R.P. & Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, p. 130-131.

²² Ibidem.

1.3.5 Modelos cognoscitivos

Las terapias cognitivas o cognoscitivas, al igual que los modelos conductistas, parten de la idea de que los seres humanos desarrollan conductas adaptativas y desadaptativas, pero difieren los modelos cognoscitivos al incluir la influencia de patrones afectivos o emocionales, mediante procesos cognitivos. Por lo tanto, siguen la lógica de que las *emociones disfuncionales* son el producto de *pensamientos disfuncionales*. Una de las técnicas fundamentales de tratamiento es la *reestructuración cognitiva*, en la que se ayuda a alterar la manera en que el individuo se ve así mismo, al mundo y al futuro. El objetivo es redefinir las ideas negativas por otras más positivas, para alentar el desarrollo de formas más adaptables de afrontar las dificultades emocionales. El terapeuta cuestiona y pone en duda las actitudes disfuncionales y las creencias irracionales del paciente, y hace sugerencias que éste puede probar con actitudes fuera de la sesión de terapia.²³

Por lo tanto, según esta perspectiva, la anormalidad es causada por procesos de pensamiento desadaptado, los cuales producen comportamiento disfuncional.

1.3.6 Modelo familiar sistémico

Este modelo resalta la influencia de las personas, instituciones y fuerzas sociales en el individuo. Estas influencias pueden organizarse en aquellas que tienen un impacto inmediato en la persona, como la familia y círculos de más largo alcance (entre ellos la sociedad).

Desde el lente de la teoría familiar sistémica se describe la anormalidad como consecuencia de las perturbaciones en las pautas de interacciones y relaciones dentro de la familia. Aunque hay teorías distintas dentro de la perspectiva familiar, todas comparten la especial atención en la *dinámica familiar*, y por lo tanto, en las interacciones entre los miembros de la familia.²⁴

²³ Gutiérrez J., et al., *Psicopatología clínica*, pp. 31.

²⁴ Halguin, R.P. & Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, p. 125.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo entre los dos modelos antes mostrados.
2. Describe un caso imaginario en el que el modelo cognoscitivo sea el más eficiente para el tratamiento.
3. Expresa, mediante un dibujo, la representación de las bases del modelo familiar.

AUTOEVALUACIÓN

1. Escriba la definición de psicopatología.
2. Describa la diferencia entre psicopatología, psicología y psiquiatría.
3. ¿De qué época datan los cráneos trepanados?
4. ¿En qué siglo surgen los primeros manicomios y hospitales psiquiátricos?
5. ¿En qué consisten los modelos biógeno y psicógeno?

Respuestas

1. Es la ciencia que investiga, enseña y se orienta hacia la comprensión de la mente humana, enfocándose principalmente al estudio de su desviación y/o anormalidad.
2. a) Psicopatología. Se dedica al estudio del enfermo mental.
b) Psicología. Estudia el comportamiento humano en general, no necesariamente en la conducta anormal.
c) Psiquiatría. Se enfoca en el estudio de las enfermedades en particular.
3. De la Prehistoria.
4. En el siglo XV.
5. El modelo biógeno se refiere a que la causa proviene de un deterioro orgánico: la falla en algún órgano interno es la causa de la anormalidad conductual. El modelo psicógeno, se refiere a que el trastorno puede analizarse de forma científica, y ser atribuible a motivos y conflictos inconscientes.

UNIDAD 2

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN

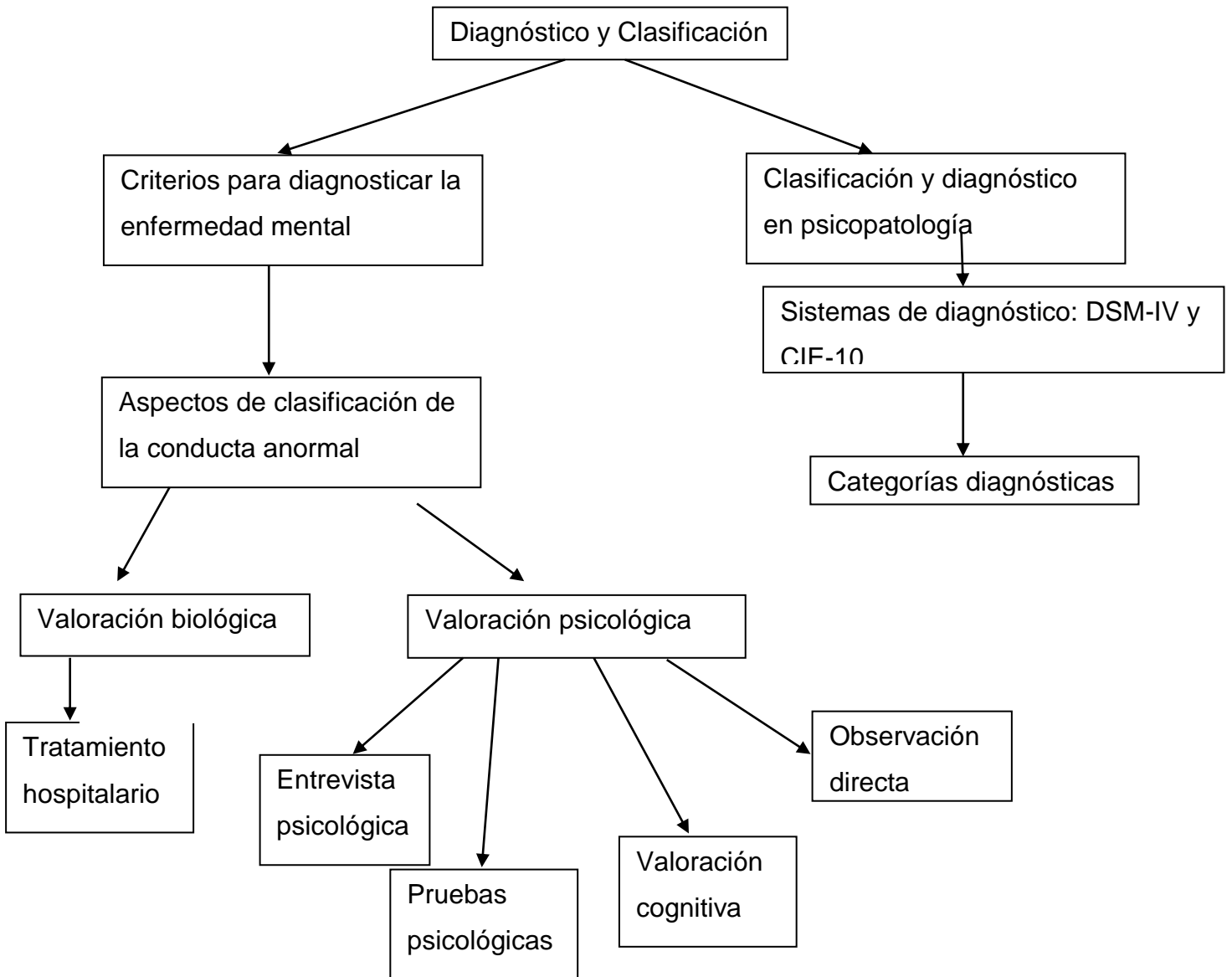
OBJETIVO

El estudiante conocerá las principales herramientas del psiquiatra y del psicólogo para el diagnóstico y la clasificación de las psicopatologías; tendrá un acercamiento con las principales clasificaciones de diagnóstico establecidos y reforzados como lo son el DSM-IV y el CIE-10, cuyos antecedentes serán descritos. Asimismo, conocerá los métodos fundamentales para la evaluación del paciente.

TEMARIO

- 2.1 CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD MENTAL
- 2.2 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA
- 2.3 EL SISTEMA DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV Y DEL CIE-10
- 2.4 CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
- 2.5 ASPECTOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ANORMAL
- 2.6 VALORACIÓN BIOLÓGICA
- 2.7 VALORACIÓN PSICOLÓGICA
 - 2.7.1 *Entrevista clínica*
 - 2.7.2 *Pruebas psicológicas*
 - 2.7.3 *Valoración cognitiva*
 - 2.7.4 *Observación directa de la conducta*
- 2.8 TRATAMIENTO HOSPITALARIO

MAPA CONCEPTUAL



2.1 CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD MENTAL

Como se observó en la primera unidad, después de siglos de estudio, la actitud hacia la salud mental frente a la enfermedad han evolucionado, comenzando por el estudio de la descripción del padecimiento, la recopilación de casos clínicos y la observación cuidadosa del comportamiento y sintomatología del enfermo. Esto ha conducido a varios intentos de clasificación de los distintos trastornos mentales, sin que exista uno solo que los abarque en su totalidad. Es importante recordar que cada método o modelo terapéutico tiene su propia clasificación según su marco de referencia para evaluar las distintas patologías.

En la actualidad existen sistemas de clasificación más enfocados al tratamiento psiquiátrico, que sirven de apoyo al psicólogo y que han contribuido a lograr una homogeneización en el diagnóstico de los trastornos mentales más conocidos hasta el momento.

2.2 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

El médico francés Philippe Pinel (1745-1826), fue el primero en presentar un intento de clasificación basado en observaciones clínicas. Incluía únicamente cinco formas básicas de trastorno mental: melancolía, manía sin delusiones (ilusiones), manía con delusiones, demencia e idiocia. Estas categorías constituyen el primero de una serie de intentos que se prolongarían hasta la actualidad; de hecho, el DSM-IV es la prolongación de estos trabajos.²⁵

Varios autores persiguieron el mismo objetivo: describir y clasificar los trastornos mentales, compartiendo, incluso, el método clínico-descriptivo. Esto sucedió principalmente en Francia.

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, proporcionó un contenido más clínico y observacional a la psicopatología al describir y diferenciar a las alucinaciones de las ilusiones²⁶.

La frenología fue una corriente de pensamiento introducido por Franz Gall (1758-1828); se basaba en la idea de que las funciones mentales estaban

²⁵ Gutiérrez J., *Psicopatología clínica*, p. 66-69.

²⁶ *Ibidem*.

localizadas en zonas específicas de la corteza cerebral y, a su vez, el mayor o menor desarrollo de éstas se observaba en sus rugosidades, abultamientos y prominencias del cráneo. Esto dio indicios de las capacidades mentales del sujeto; por lo tanto, el objetivo era estudiar las características externas del cráneo. Fue una idea que sobrevivió mucho tiempo, aunque en la actualidad ha sido casi totalmente desechada²⁷.

Existe un gran número de criterios de sistemas clasificatorios y de diagnóstico para los distintos grupos de trastornos tomados de manera individual. Esto es lógico si se piensa en los distintos modelos para abordar cada patología. Los sistemas clasificatorios generales más aceptados en las últimas dos décadas han sido: el R.D.S. (Research Diagnostic Criteria), los I.C.D. (International Classification of Disease) y los D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).²⁸

El RDC, fue el primer intento contemporáneo por establecer una clasificación general con criterios diagnósticos definidos; es conocido en la historia de la psicopatología como antecesor directo del DSM. El RCD eludía absolutamente cualquier tipo de modelo teórico, su naturaleza era netamente descriptiva y delimitaba la existencia de un trastorno mediante criterios de inclusión de tipo sintomatológico y algunos de exclusión.

El primer esfuerzo de clasificación de la American Psychiatric Association fue en 1917; consistía en una simple lista de trastornos. La revisión de este sistema, en 1952, fue denominada “DSM” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); este manual se limitaba a “nombrar” los diferentes trastornos sin incluir ningún tipo de criterio ni proporcionar información adicional. Su uso era más terminológico que clínico. Lo anterior obligó a una revisión del DSM-II en 1968, en la que influyó A. Meyer y el psicoanálisis, la cual condujo a críticas intensas y fue motivo de otra revisión en 1973. En 1980 se publicó el DSM-III y su revisión en 1987. Fue hasta 1994 cuando surgió en DSM-IV.

²⁷ *Ibidem*, p 77.

²⁸ *Ibidem*.

Se han establecido algunas condiciones generales para toda clasificación. En general, son las siguientes:

- a) Buena validez, en el sentido de que el sistema clasificatorio debe ser capaz de clasificar, tal y como es su propósito.
- b) Los términos que se usan para definir los criterios de clasificación han de estar formulados de una manera clara y de fácil manejo para el diagnosticador; por ello, la mayoría de los sistemas se ocupan de definir la categoría en función de conductas fácilmente observables evitando la referencia a sentimientos subjetivos, pensamientos, impresiones, y otros aspectos individuales del paciente.
- c) Los pacientes deben de poder ser clasificados de acuerdo con categorías cerradas, sin que se produzcan excesivas superposiciones o ambigüedades.
- d) Las bases conceptuales que determinan los criterios de la clasificación deben ser respetadas en todos los casos y servir para todas las ocasiones.
- e) El sistema nosológico ha de ser capaz de abarcar a todas las patologías y casos posibles, y debe brindar la posibilidad de aplicarse a toda persona en la esfera de los problemas al que el sistema va dedicado.
- f) Debe tratarse de un sistema abierto a modificaciones y cambios.

El DSM (Manual de Diagnóstico Estadístico) es quizás el que muestra mayor preocupación en los aspectos metodológicos antes mencionados²⁹.

2.3 EL SISTEMA DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV Y DEL CIE-10

El DSM-IV define los trastornos mentales como “toda conducta o patrón de conducta o síndrome psicológico clínicamente significativo que se presenta en un sujeto y que esté asociado con malestar o con deterioro (mal funcionamiento en una o más áreas importantes) o, con incremento de riesgo de sufrir muerte, dolor, deterioro o una importante pérdida de la autonomía personal y que no

²⁹ Gutiérrez J., *et al.*, *Psicopatología clínica*, pp. 66-67

esté asociado a una respuesta lógica frente a una situación estándar o culturalmente determinada” (A.P.A. 1994).³⁰

Las características básicas de este sistema son:

- I. En el diagnóstico se contemplan cinco ejes (síndrome clínico, trastornos de personalidad y específicos del desarrollo, enfermedad física concomitante con la condición psicopatológica, problemas psicosociales y nivel general de funcionamiento.
- II. El diagnóstico se efectúa mediante criterios operacionales basados en la observación de las conductas del paciente, así como la intensidad y duración del trastorno.
- III. El DSM se considera como “prueba de campo” permanente, por lo que se espera que los clínicos informen acerca de sus ventajas e inconvenientes.
- IV. El sistema es amplio y complejo, ofrece la posibilidad de clasificación de la mayoría de trastornos de conducta, tanto de la infancia y adolescencia, como del adulto.
- V. Uso de criterios inclusivos más que exclusivos para posibilitar mayor claridad en la descripción y se corresponde más con la realidad de la psicología.
- VI. Ofrece información complementaria acerca de la edad en que comienza el trastorno, el curso, los factores implicados en el desarrollo del mismo y la predisposición, frecuencia, grado en que presenta características genéticas y del diagnóstico diferencial.
- VII. Excluye toda referencia teórica o etiológica, centrándose en los síntomas “objetivos”.

La clasificación de un paciente se realiza en cinco posibles ejes, no siendo imprescindible la clasificación en los cinco sino sólo en aquellos sobre los que se dispone de información suficiente. Los cinco ejes son los siguientes³¹:

³⁰ *Ibidem*, p. 66-69.

³¹ DSM-IV, *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales*, pp. xv-xvv.

Eje I. Síndromes clínicos y otras condiciones que pueden ser foco (subsidiarias) de atención clínica.

Eje II. Trastornos de personalidad y trastornos de desarrollo.

Eje III. Condiciones médicas generales.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V. Evaluación del funcionamiento general del sujeto.

Un nuevo intento de aproximación a la nueva clasificación del programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud), es el CIE (Clasificación Internacional de las enfermedades), al principio de la década de los sesenta, con el objetivo de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. En esa década incrementó el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, lo que se vio favorecido por el aumento en el número de encuentros científicos internacionales, la creación de este sistema es producto de la participación de varios investigadores de distintas disciplinas y diversas corrientes de pensamiento psiquiátrico del mundo, pasando por varias revisiones hasta concluir en la CIE-10 (CIE-10, 1996).

La CIE-10 ha sido diseñada para la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. Es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema ha de servir para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E., utiliza un código alfanumérico, con una letra en la primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta posición, el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por tanto, de A00.0 a Z99.9. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general. Hay una presentación multiaxial de la CIE y una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para investigación³²

³² CIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento*, p. 21-24.

2.4 CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

A continuación se presentan las categorías diagnósticas del DSM-IV³³ :

1. **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.**

Retraso mental

- F70.9 Retraso mental leve
- F71.9 Retraso mental moderado
- F72.9 Retraso mental grave
- F73.9 Retraso mental profundo
- F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada

Trastornos del aprendizaje

- F81.0 Trastorno de la lectura
- F81.2 Trastorno del cálculo
- F81.8 Trastorno de la expresión escrita
- F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado

Trastornos de las habilidades motoras

- F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación

Trastornos de la comunicación

- F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
- F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- F80.0 Trastorno fonológico
- F98.5 Tartamudeo
- F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado

Trastornos generalizados del desarrollo

- F84.0 Trastorno autista
- F84.2 Trastorno de Rett

³³ Consulta disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

F84.5 Trastorno de Asperger

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

xTrastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

F91.8 Trastorno disocial

F91.3 Trastorno negativista desafiante

F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez

F98.3 Pica

F98.2 Trastorno por rumiación

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

Trastornos de tics

F95.2 Trastorno de la Tourette

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos

F95.0 Trastorno de tics transitorios

F95.9 Trastorno de tics no especificado

Trastornos de la eliminación

F98.1 Encopresis

F98.0 Enuresis

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

F93.0 Ansiedad por separación

- F94.0 Mutismo selectivo
- F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados
- F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado

2. **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos**

Delirium

- F05.0 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica)
 - Delirium por intoxicación por sustancias
 - Delirium por abstinencia de sustancias
 - Delirium debido a múltiples etiologías
- F05.9 Delirium no especificado

Demencia

- F00 Demencia tipo Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas
 - Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia debida a múltiples etiologías
- F03 Demencia no especificada

Trastornos amnésicos

- F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica)
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
- [R41.3] Trastorno amnésico no especificado

Otros trastornos cognoscitivos

- F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado

3. **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados**

- F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)
- F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) (310.1)
- F09 Trastorno mental no especificado debido a... (indicar enfermedad médica) (239.9)

4. Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por consumo de sustancias

- F1x.2x Dependencia de sustancias
- F1x.1 Abuso de sustancias

Trastornos inducidos por sustancias

- F1x.00 Intoxicación por sustancias
- F1x.3 Abstinencia de sustancias

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastornos por consumo de alcohol

- F10.2x Dependencia del alcohol
- F10.1 Abuso de alcohol (305.00)

Trastornos inducidos por el alcohol

- F10.00 Intoxicación por alcohol
- F10.3 Abstinencia de alcohol
- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol
- F10.73 Demencia persistente inducida por el alcohol
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes
- F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones
- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
- F10.8 Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol

- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol
- F10.8 Trastorno de sueño inducido por alcohol
- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Trastornos relacionados con alucinógenos

Trastorno por consumo de alucinógenos

- F16.2x Dependencia de alucinógenos
- F16.1 Abuso de alucinógenos

Trastornos inducidos por alucinógenos

- F16.00 Intoxicación por alucinógenos
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks)
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos
- F16.51 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes
- F16.52 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- F16.8 Trastorno del estado de ansiedad inducido por alucinógenos
- F16.9 Trastorno relacionado con el alucinógenos no especificado

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)

Trastornos por consumo de anfetamina

- F15.2x Dependencia de anfetamina
- F15.1 Abuso de anfetamina

Trastornos inducidos por anfetamina

- F15.00 Intoxicación por anfetamina
- F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- F15.3 Abstinencia de anfetamina
- F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina
- F15.51 Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con ideas delirantes

- F15.52 Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con alucinaciones
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado

xTrastornos relacionados con cafeína

Trastornos inducidos por cafeína

- F15.00 Intoxicación por cafeína
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína
- F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado

Trastornos relacionados con el *Cannabis*

Trastornos por consumo de *Cannabis*

- F12.2x Dependencia de *Cannabis*
- F12.1 Abuso de *Cannabis*
- Trastornos inducidos por *Cannabis***
- F12.00 Intoxicación por *Cannabis*
- F12.04 Intoxicación por *Cannabis*, con alteraciones perceptivas
- F12.03 Delirium por intoxicación por *Cannabis*
- F12.51 Trastorno psicótico inducido por *Cannabis*: con ideas delirantes
- F12.52 Trastorno psicótico inducido por *Cannabis*: con alucinaciones
- F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*
- F12.9 Trastorno relacionado con *Cannabis* no especificado

Trastornos relacionados con cocaína

Trastornos por consumo de cocaína

- F14.2x Dependencia de cocaína

F14.1 Abuso de cocaína

Trastornos inducidos por cocaína

F14.00 Intoxicación por cocaína

F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas

F14.3 Abstinencia de cocaína

F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína

F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes

F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones

F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína

F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína

F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína

F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína

F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)

Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2x Dependencia de fenciclidina

F19.1 Abuso de fenciclidina

Trastornos inducidos por fenciclidina

F19.00 Intoxicación por fenciclidina

F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas

F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina

F19.51 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes

F19.52 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con alucinaciones

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina

F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina

F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

Trastornos relacionados con inhalantes

Trastornos por consumo de inhalantes

F18.2x Dependencia de inhalantes

F18.1 Abuso de inhalantes

Trastornos inducidos por inhalantes

F18.00 Intoxicación por inhalantes

F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes

F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes

F18.51 Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes

F18.52 Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con alucinaciones

F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes

F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

Trastornos relacionados con la nicotina

Trastornos por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado

Trastornos relacionados con opiáceos

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos

F11.1 Abuso de opiáceos

Trastornos inducidos por opiáceos

F11.00 Intoxicación por opiáceos

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas

F11.3 Abstinencia de opiáceos

- F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos
- F11.51 Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes
- F11.52 Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con alucinaciones
- F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.51 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes
- F13.52 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con alucinaciones
- F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F11.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F11.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F11.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Trastornos relacionados con varias sustancias

- F19.2x Dependencia de varias sustancias

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

- F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)
- F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)
- Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)**
- F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con trastornos perceptivos
- F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)
- F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.4 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas), de inicio durante la abstinencia
- F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.51 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con ideas delirantes
- F19.52 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con alucinaciones
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)

- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado

5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Esquizofrenia

- F20.xx Esquizofrenia
- F20.0x Tipo paranoide de esquizofrenia
- F20.1x Tipo desorganizado de esquizofrenia
- F20.2x Tipo catatónico de esquizofrenia
- F20.3x Tipo indiferenciado de esquizofrenia
- F20.5x Tipo residual de esquizofrenia

Otros trastornos psicóticos

- F20.8 Trastorno esquizofreniforme
- F25.x Trastorno esquizoafectivo
- F22.0 Trastorno delirante
- F23.8x Trastorno psicótico breve
- F24 Trastorno psicótico compartido
- F06.x Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica)
- F1x.5x Trastorno psicótico inducido por sustancias
- F29 Trastorno psicótico no especificado

6. Trastornos del estado de ánimo

Episodios afectivos

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaníaco

Trastornos depresivos

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante

F34.1 Trastorno distímico

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II

F34.0 Trastorno ciclotímico

F31.9 Trastorno bipolar no especificado

Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica)

F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Especificaciones para describir el episodio más reciente

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)

Especificación de cronicidad

Especificación de síntomas catatónicos
Especificación de síntomas melancólicos
Especificación de síntomas atípicos
Especificación de inicio en el postparto

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Especificación de curso longitudinal
Especificación de patrón estacional
Especificación de ciclos rápidos

7. Trastornos de ansiedad

Crisis de angustia
Agorafobia

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.02 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)

F1x.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

8. Trastornos somatomorfos

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

- F44 Trastorno de conversión
- F45.4 Trastorno por dolor
- F45.2 Hipocondría
- F45.2 Trastorno dismórfico corporal
- F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

9. Trastornos facticios

- F68.1 Trastorno facticio
- F68.1 Trastorno facticio no especificado

10. Trastornos disociativos

- F44.0 Amnesia disociativa (antes *amnesia psicógena*)
- F44.1 Fuga disociativa (antes *fuga psicógena*)
- F44.81 Trastorno de identidad disociativo (antes *personalidad múltiple*)
- F48.1 Trastorno de despersonalización
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado

11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos sexuales

Trastornos del deseo sexual

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo

Trastornos de la excitación sexual

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- F52.2 Trastorno de la erección en el varón

Trastornos orgásmicos

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino (antes *orgasmo femenino inhibido*)
- F52.3 Trastorno orgásmico masculino (antes *orgasmo masculino inhibido*)
- F52.4 Eyaculación precoz

Trastornos sexuales por dolor

F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

Otras disfunciones sexuales

Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica)

F1x.8 Trastorno sexual inducido por sustancias

F52.9 Trastorno sexual no especificado

Parafilias

F65.2 Exhibicionismo

F65.0 Fetichismo

F65.8 Frotteurismo

F65.4 Pedofilia

F65.5 Masoquismo sexual

F65.5 Sadismo sexual

F65.1 Fetichismo transvestista

F65.3 Voyeurismo

F65.9 Parafilia no especificada

Trastornos de la identidad sexual

F64.x Trastorno de la identidad sexual

F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado

12. Trastornos de la conducta alimentaria

F50.0 Anorexia nerviosa

F50.2 Bulimia nerviosa

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

13. Trastornos del sueño

Trastornos primarios del sueño

Disomnias

F51.0 Insomnio primario

- F51.1 Hipersomnia primaria
- G47.4 Narcolepsia
- G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (antes *trastorno del ritmo sueño-vigilia*)
- F51.9 Disomnias no especificadas

Parasomnias

- F51.5 Pesadillas (antes *trastorno por sueños angustiosos*)
- F51.4 Terrores nocturnos
- F51.3 Sonambulismo
- F51.8 Parasomnia no especificada

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

- F51.0 Insomnio relacionado con otro trastorno mental
- F51.1 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental
- G47.x Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica)
- F1x.8 Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

- F63.8 Trastorno explosivo intermitente
- F63.2 Cleptomanía
- F63.1 Piromanía
- F63.0 Juego patológico
- F63.3 Tricotilomanía
- F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

15. Trastornos adaptativos

16. Trastornos de la personalidad

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

- F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad
- F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad
- F60.3 Trastorno límite de la personalidad
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
- F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad
- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
- F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

El sistema **CIE-10** incluye categorías de los diferentes tipos de trastornos procurando abarcar al organismo en su totalidad. La división está marcada por capítulos, cada uno refiriéndose a un sistema o categorías generales de los trastornos (p. ej. Capítulo IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas). El capítulo que se enfoca a las categorías de los trastornos que corresponden a nuestro tema de interés que son las anomalías conductuales, es el Capítulo V. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Las categorías que se presentan en éste, son las siguientes (CIE-10, 1996)³⁴:

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.-+)
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte
- F03 Demencia, no especificada
- F04 Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
- F05 Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física

³⁴ Información disponible en http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastornos delirantes persistentes

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

F24 Trastorno delirante inducido

F25 Trastornos esquizoafectivos

F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico

F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Trastornos del humor (afectivos)

F30 Episodio maníaco

F31 Trastorno afectivo bipolar

F32 Episodio depresivo

F33 Trastorno depresivo recurrente

F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes

F38 Otros trastornos del humor [afectivos]

F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos

F40 Trastornos fobicos de ansiedad

F41 Otros trastornos de ansiedad

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación

F44 Trastornos disociativos [de conversión]

F45 Trastornos somatomorfos

F48 Otros trastornos neuróticos

Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos

F50 Trastornos de la ingestión de alimentos

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

F52 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos

F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte

F54 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia

F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados

Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F60 Trastornos específicos de la personalidad

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

F62 Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral

F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos

F64 Trastornos de la identidad de género

F65 Trastornos de la preferencia sexual

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

Retraso mental

F70 Retraso mental leve

F71 Retraso mental moderado

F72 Retraso mental grave

F73 Retraso mental profundo

F78 Otros tipos de retraso mental

F79 Retraso mental, no especificado

Trastornos del desarrollo psicológico

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
- F81 Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
- F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
- F83 Trastornos específicos mixtos del desarrollo
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia
--

- F90 Trastornos hipercinéticos
- F91 Trastornos de la conducta
- F92 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
- F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
- F95 Trastornos por tics
- F98 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia

Trastorno mental no especificado

- F99 Trastorno mental, no especificado

Otros capítulos de la CIE-10 que también que incluyen trastornos relacionados con patologías psicológicas son (CIE-10, 1996):

Cap. VI: Enfermedades del Sistema Nervioso.

Cap. XVII: Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas.

Cap. XVIII: Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Cap. XIX: Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas.

Cap. XX. Causas externas de morbilidad y mortalidad.

Cap. XXI. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud.

2.5 ASPECTOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ANORMAL

Una de las razones por las que se dificulta definir el comportamiento anormal es que ninguna característica descriptiva individual es compartida por todas las formas de comportamiento anormal y ningún criterio de anormalidad es suficiente. Otra razón, es que no existe algún límite discreto entre el comportamiento normal y anormal. Con mayor razón se mantiene la dificultad para la clasificación y categorización de los distintos comportamientos anormales. Sin embargo, la necesidad de identificación y clasificación de éstos fenómenos de la anormalidad se han llegado a consensos para definir el comportamiento anormal, sin dejar de lado la realidad de la ambigüedad que esto conlleva. Algunas de las definiciones de comportamiento anormal que se han planteado han sido con base en la conformidad con las normas, en la experiencia de una aflicción subjetiva y en el grado de discapacidad o disfunción. Para poder determinar la anormalidad en el individuo, es necesario hacer uso de la mayor cantidad de herramientas posibles para valorar de una manera lo más completa posible, y así dar un diagnóstico y tratamiento adecuado al trastorno³⁵.

2.6 VALORACIÓN BIOLÓGICA

El origen biológico de los trastornos del comportamiento y de la mente, pueden ser secundarios a enfermedades físicas identificables (deficiencias nutricionales o agentes tóxicos) o producirse por alteraciones bioquímicas del cerebro (p. ej., psicosis, depresión, delirio, ansiedad) así como síntomas no especificados por enfermedad orgánica del cerebro o por desarreglos del metabolismo cerebral ocasionados por enfermedades. Lo anterior puede valorarse a través del uso de técnicas de imagen, manejadas principalmente por neurólogos. Las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia son: Rayos "X", Electroencefalograma,

³⁵ Trull & Phares, *Psicología Clínica*, p. 115-116.

Resonancia Magnética Funcional (RMF), Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), principalmente³⁶.

2.7.1 Entrevista clínica

La valoración psicológica incluye la observación y evaluación de varios aspectos del desarrollo del padecimiento, para esto se utiliza como herramienta principal la entrevista clínica, así como la aplicación de pruebas psicológicas, una valoración cognitiva (en algunos casos, principalmente de demencia) y la observación directa de la conducta desde el primer contacto que se tiene con el paciente.

A continuación observaremos cada uno de estos puntos; se comenzará por describir la entrevista de evaluación, que es una de las técnicas más útiles para obtener información relevante, confiable y válida acerca del paciente y de los problemas que presenta, ya que permite que los entrevistados expresen en sus propios términos, sus puntos de vista acerca de ellos mismos y sobre acontecimientos pertinentes de su vida. El objetivo general de toda entrevista es el mismo, recibir información para comprender la problemática del individuo, sin embargo la técnica depende, al método o enfoque teórico que utilice el terapeuta, a su vez, la entrevista marca la pauta de tratamiento psicológico que sea adecuado para el padecimiento

Se han establecido estrategias generales para llevar a cabo la entrevista clínica. La clasificación de ésta, según su grado de estructura sería: entrevista no estructurada, semiestructurada y estructuradas. La primera da importancia a permitir que los entrevistados cuenten sus historias con una guía mínima. La segunda tiene como objetivo ampliar la información a través de preguntas, seguimiento de líneas opcionales de interrogatorio e interpretación de respuestas. Por último, la tercera está diseñada para aumentar la confiabilidad y

³⁶ Tierney, Jr. L.M., et. al. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. pp. 977-980.

la validez de los procedimientos tradicionales de diagnóstico, principalmente para diagnóstico infantil³⁷.

Para lograr un diagnóstico lo más adecuado posible, es necesario que además de realizar una buena entrevista clínica y se establezca una buena relación de confianza con el paciente, se apliquen pruebas psicológicas para confirmar las hipótesis hechas en la entrevista a cerca del padecimiento del individuo.

2.7.2 Pruebas psicológicas

Actualmente se cuenta una gran variedad de pruebas y procedimiento de valoración que se pueden utilizar de apoyo para esclarecer las impresiones diagnósticas iniciales. Entre los fenómenos mentales que miden las pruebas psicológicas se encuentran: inteligencia funcionamiento cognitivo, información acerca de la personalidad, emociones, etc. Es preciso contar con el conocimiento necesario de las pruebas que se van a aplicar para poder dar una interpretación correcta de éstas.

Algunas de las pruebas objetivas, más utilizadas en el campo clínico son las siguientes:

- Escala de Inteligencia Del Adulto Wechsler-Revisada (WAIS-R). Es la prueba de inteligencia utilizada con mayor frecuencia, evalúa diferentes habilidades dentro del Coeficiente Intelectual (CI)
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2). Esta prueba se basa en la valoración de la personalidad. Las calificaciones del paciente se interpretan en comparación con datos procedentes de otros casos con el mismo patrón de respuestas para valorar cambios psicopatológicos.
- Inventario de Depresión de Beck. Valora el nivel de depresión .
- Psicodiagnóstico de Rorschach: Esta es una prueba proyectiva utiliza 10 manchas de tinta para aportar información importante acerca de temas psicodinámicos y aberraciones.

³⁷ Sattler, *Evaluación Infantil*, p. 2-9.

- Test de apreciación temática (TAT): Se utiliza como prueba proyectiva mostrando 20 imágenes de personas en diferentes situaciones, para valorar áreas de conflicto interpersonal.

Las anteriores son algunas de las pruebas más utilizadas para evaluar el funcionamiento psicológico³⁸.

2.7.3 Valoración cognitiva

La valoración cognitiva se practica ante la presencia de una deficiencia orgánica pero es necesario disponer de información en cuanto a la localización anatómica y el grado de disfunción. La prueba más utilizada con este fin, es el Examen del Estado Mental de Folstein, el cual estima: orientación, registro, atención y cálculo, memoria, lenguaje y construcción (Manual Merk, 1986).

2.7.4 Observación directa de la conducta

El estado mental puede observarse, a nivel observacional, bajo las siguientes condiciones (Manual Merk, 1986):

- a) Aspecto y conducta: vestimenta, postura, expresión facial, actividad motora, como agitación, impulsividad, retraso, relación con quien entrevista.
- b) Fluidez en el habla: proceso de pensamiento, pobreza o rigidez de pensamiento, ritmo o progresión del habla, si el lenguaje es lógico y atinado o confuso y sin importancia, presencia de trastornos del pensamiento, fuga de ideas, calificación obsesiva o distracción.
- c) Contenido del pensamiento: preocupaciones especiales, ideas obsesivas, interpretaciones erróneas, ideas de referencia o influencia, delirios, ideas de menosprecio de sí mismo, o grandiosidad.
- d) Anormalidades perceptuales: alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, despersonalización; desrealización.

³⁸ Tierney, Jr. L.M., et. al. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*, p. 977-980.

- e) Afecto: felicidad, júbilo, tristeza, depresión, irritabilidad, enojo, suspicacia, perplejidad, temor o ansiedad, apagamiento o incongruencia del afecto, adecuación al contexto.

La experiencia en el contacto con diversos individuos que tienen algún padecimiento psicológico y/o psiquiátrico crea mayor sensibilidad al observar de manera directa un paciente.

2.8 TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Los cuidados hospitalarios pueden ser necesarios cuando los pacientes se sienten demasiado enfermos para atenderse por sí mismos o cuando constituyen amenazas graves hacia ellos mismos u otras personas. De la misma manera, cuando es necesario realizar procedimientos de observación y diagnóstico, o cuando se requieren tipos específicos de tratamiento como experiencias con fármacos complejos o un ambiente de hospital. Los síntomas que indican la necesidad de hospitalización incluyen autoabandono, conducta violenta o extraña, riesgo suicida, ideación o delirios paranoides, deterioro intelectual de grado muy evidente y poco sentido común.

Las desventajas de la hospitalización psiquiátrica incluyen menor confianza en sí mismos, como resultado por requerir hospitalización, el estigma que se les da de “paciente psiquiátrico” o “loco”, el posible aumento en cuanto a la dependencia y regresión, y el gasto que implica. En la mayoría de los trastornos psiquiátricos por lo general no hay ventajas en prolongar los días de hospitalización, ésta, ya sea parcial o por programas de “día”, proporciona muchos beneficios sin algunas de las desventajas ya que en estos programas el paciente asiste al tratamiento durante el día, pero duerme en su hogar³⁹.

³⁹ Tierney, Jr. L.M., et. al., *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*, p. 977-980.

AUTOEVALUACIÓN

1. Describe el primer acercamiento a una clasificación de las patologías.
2. Señala tres ventajas y desventajas del tratamiento hospitalario.

Respuestas

1. El médico francés Philippe Pinel (1745-1826), fue el primero en presentar un intento de clasificación basado en observaciones clínicas. Incluía únicamente cinco formas básicas de trastorno mental: melancolía, manía sin delusiones (ilusiones), manía con delusiones, demencia e idiocia. Estas categorías constituyen el primero de una serie de intentos que se prolongarían hasta la actualidad; de hecho, el DSM-IV es la prolongación de estos trabajos

2. El sistema hospitalario ofrece un cuidado especializado cuando los pacientes se sienten demasiado enfermos para atenderse por sí mismos o cuando constituyen amenazas graves hacia ellos mismos u otras personas. De la misma manera, atienden con un enfoque profesional en caso de requerirse procedimientos de observación y diagnóstico, o cuando se precisan tipos específicos de tratamiento como experiencias con fármacos complejos o un ambiente de hospital.

Las desventajas de la hospitalización psiquiátrica incluyen menor confianza en sí mismos, como resultado por requerir hospitalización, el estigma que se les da de “paciente psiquiátrico” o “loco”, el posible aumento en cuanto a la dependencia y regresión, y el gasto que implica.

UNIDAD 3

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

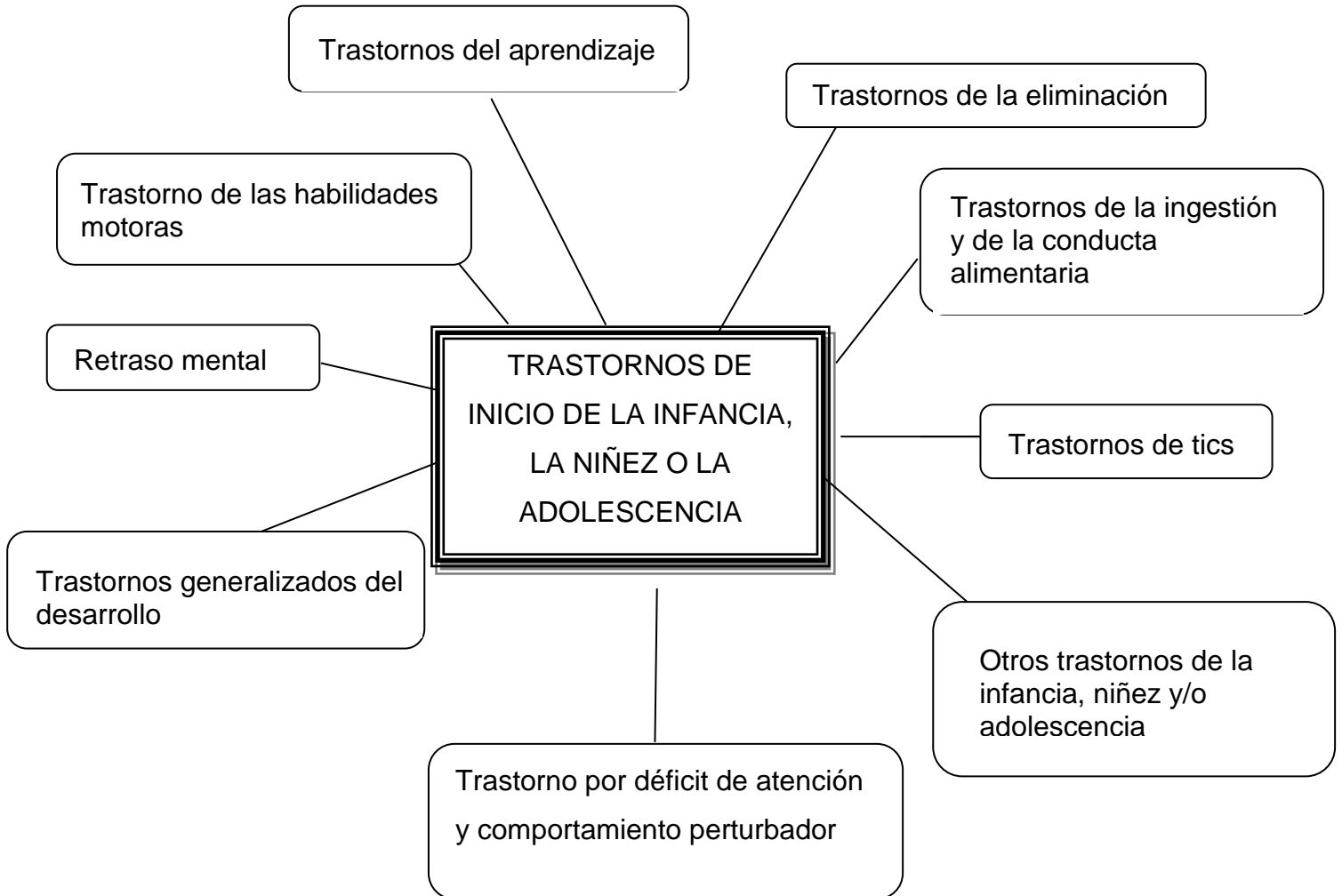
OBJETIVO

El estudiante conocerá las principales características y síntomas de los trastornos que puede presentar el individuo en la infancia, en la niñez y/o adolescencia. Se han seguido los criterios de diagnóstico del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), y se presentan algunas de las categorías más utilizadas por éste.

TEMARIO

- 3.1 RETRASO MENTAL
- 3.2 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
- 3.3 TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS
- 3.4 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
- 3.5 TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR
- 3.6 TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
- 3.7 TRASTORNOS DE TICS
- 3.8 TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN
- 3.9 OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y/O ADOLESCENCIA

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia implican una gran responsabilidad para el psicólogo ya que actualmente está en incremento la tasa de niños que presentan problemas de aprendizaje. Por lo tanto, es importante identificar los criterios diagnósticos para la prevención, intervención y tratamiento de tales padecimientos. La presente unidad incluye los criterios de diagnóstico para los trastornos: retraso mental, trastornos del aprendizaje, trastorno de las habilidades motoras, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria, trastornos de tics, trastornos de la eliminación, entre otros trastornos de la infancia, niñez y/o adolescencia.

3.1 RETRASO MENTAL

El retraso mental es la capacidad intelectual inferior al promedio evidente desde el nacimiento o la primera infancia. Se manifiesta en un desarrollo anormal y se acompaña de dificultades de aprendizaje y adaptación social. En la mayoría de los casos se desconoce la causa; por lo general, la detección y el diagnóstico se prolongan hasta la edad escolar y sólo lleva a cabo en niños con retraso mental importante.

El DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), especifica y codifica al retraso mental según la gravedad de la capacidad intelectual y adaptativa según el nivel de coeficiente intelectual (CI) que se detecta en el infante, de la siguiente manera:

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
Retraso mental

F70.9 Retraso mental leve (CI de 50-55 a 70).

F71.9 Retraso mental moderado (CI de 35-40 a 50-55).

F72.9 Retraso mental grave (CI de 20-25 a 35-40).

F73.9 Retraso mental profundo (CI inferior a 20 o a 25).

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (hay una presunción clara de retraso mental, pero no se puede evaluar la inteligencia mediante los test).

Los factores que pueden influir en la presencia de este trastorno con mayor frecuencia son daños prenatales (durante el embarazo), perinatales (inmediatamente después del parto o durante éste) y posnatales (en los primeros años de vida).

Entre las anomalías prenatales que pueden causar retraso mental, se encuentran los defectos cromosómicos o factores genéticos, infecciones congénitas, consumo de drogas durante el embarazo, radiación o trastornos desconocidos que afectan la implantación y la embriogénesis. Las anomalías cromosómicas constituyen el mayor número de causas genéticas conocidas. Entre las más comunes pueden mencionarse: trisomías,

que consisten en un cromosoma adicional (47 en lugar de 46), como la trisomía 18 (síndrome de Edwards) y la trisomía 13 (síndrome de Patau), el síndrome de “maullido de gato” (que se debe a una pérdida de parte del cromosoma 5), la trisomía 21 (síndrome de Down). Entre los trastornos metabólicos genéticos se encuentran: fenilcetonuria, galactosemia, entre otros menos comunes., enfermedades como la rubéola, citomegalovirus, *Toxoplasma gondii* (bacterias que se transmiten por medio de heces de gatos infectados) y *Treponema pallidum*, se han relacionado como infecciones causantes de retraso mental. Se ha detectado una fuerte relación entre el retraso mental en el nacimiento y madres con alcoholismo crónico (lo que es llamado: síndrome de alcoholismo fetal), que incluye anomalías físicas e inevitablemente retraso mental.⁴⁰



Fig. 1 Síndrome de Maullido de Gato⁴¹

En las complicaciones durante el nacimiento (perinatal) se incluyen: premadurez, hemorragia del SNC, parto de nalgas o con fórceps alto, partos múltiples (gemelos, trillizos, etcétera.), placenta previa, preeclampsia y asfixia. En niños prematuros también es mayor la frecuencia de retraso mental, de la misma manera que el deterioro intelectual suele relacionarse con la disminución

⁴⁰ *El Manual Merk*, 7ª, p. 1707-1708.

⁴¹ Información disponible en <http://discapacidadrosario.blogspot.com/2009/08/sindrome-de-maullido-de-gato.html>

de peso, ya que en prematuros que pesan menos de 1.5 k al nacer hay un 10-50% de probabilidad de retraso (figura 2).



Fig. 2. Niño prematuro con bajo peso⁴²

Entre de los factores de riesgo posteriores al parto (posnatales) se incluyen: encefalitis viral o bacteriana y meningitis (fig. 3), envenenamiento por sustancias como plomo y mercurio y accidentes que originan lesiones graves de cabeza o asfixia.⁴³



Fig. 3 Meningitis neonatal. Inflamación de las membranas que cubren al cerebro o meninges⁴⁴

Otro factor importante causante de este trastorno, es la desnutrición prenatal, fetal o posnatal en la madre o el niño, pues ésta afecta el desarrollo cerebral.⁴⁵

3.2 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los trastornos del aprendizaje se caracterizan por incapacidad general para controlar impulsos, concentrarse y recordar e integrar diversas funciones del

⁴² Información disponible en <http://www.crecebebe.com/2011/08/27/el-bajo-peso-del-bebe-prematuro/el-bajo-peso-del-bebe-prematuro/>

⁴³ *El Manual Merk*, 7ª. ed., México, Nueva Editorial Norteamericana, p. 1708.

⁴⁴ Información disponible en <http://www.universobebes.com/causas-de-la-meningitis-neonatal/>

⁴⁵ *Ibidem*.

procesamiento sensorial y el razonamiento. Estos problemas se diagnostican cuando el rendimiento del individuo en la lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado, de acuerdo con la edad, escolaridad y nivel de inteligencia. Se define de este modo a la discordancia de más de dos desviaciones estándar entre el rendimiento del individuo y su coeficiente intelectual (CI). Para dar un diagnóstico de estos trastornos se requiere la aplicación de, por lo menos, una prueba estandarizada que evalúe la capacidad intelectual⁴⁶.

Por lo general se detectan estos problemas en la edad escolar; sin embargo es posible que se observen antes de que el niño vaya a la escuela, al presentarse: hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, incoordinación motora y algunas dificultades de percepción. Es probable que esté disminuida la capacidad para experimentar placer o dolor, o que ésta se afecte por los intentos para reforzar el aprendizaje. En consecuencia, los problemas de disciplina son comunes y pueden complicarse si el niño tiene un déficit sutil de los procesos auditivos; en ese caso, se le puede considerar y tratar como voluntarioso y desobediente. También es posible presentar problemas de coordinación visual y motora cuando comienza a dibujar y copiar cuadros.

Pueden detectarse funciones integradoras inadecuadas en las áreas motora, perceptiva y conceptiva. Con frecuencia, la causa de la lentitud para terminar tareas o hacerlas mal depende de una incoordinación motora fina; por otro lado, los problemas en la coordinación “general” pueden causar desempeño deportivo deficiente y accidentes constantes. El deterioro de la percepción visual origina que muchos de estos niños vean las cosas giradas, invertidas o deformadas. La memoria visual y auditiva parece débil, ya que en la mayoría de los casos el niño no es capaz de repetir secuencias de palabras que escucha o lee, a pesar de que la visión y la audición están intactas. Los pacientes no parecen capaces de percibir relaciones lógicas, piensan y responden en términos muy concretos, siguiendo las instrucciones literalmente,

⁴⁶ F. T., Flores i. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 209-210.

en lugar de hacerlo en forma conceptual (fig. 4). No pueden planear con eficacia una secuencia de acciones motoras.



Fig. 4. Trastornos del aprendizaje, incluye dificultad en realizar tareas de cualquier tipo⁴⁷.

La clasificación según el DSM-IV incluye los siguientes tipos de trastornos del aprendizaje⁴⁸:

Trastornos del aprendizaje

F81.0 Trastorno de la lectura.

F81.2 Trastorno del cálculo.

F81.8 Trastorno de la expresión escrita.

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado.

En general, el bajo rendimiento en la lectura, la falta de capacidad aritmética y la carencia de habilidad para escribir interfieren ampliamente en el rendimiento académico. Es importante identificar el tipo de trastorno (de lectura, cálculo o expresión escrita) para así poder abordar el problema de manera más directa y particular.⁴⁹

3.3 TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS

Los trastornos en las habilidades motoras son defectos que se presentan durante las etapas de desarrollo de la niñez. Es entonces cuando se evidencia un retraso en las capacidades de coordinación del niño y en capacidades propias del desarrollo de esta etapa. El DSM-IV lo clasifica de la siguiente manera:

⁴⁷ Información disponible en <http://activatu-mente.blogspot.com/2011/05/problemas-de-aprendizaje.html>

⁴⁸ Flores i. F. T., *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, pp. 209-210.

⁴⁹ Consulta página: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

Trastornos de las habilidades motoras

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación

El rendimiento de las actividades diarias que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Esta alteración interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida diaria (fig. 5).

El diagnóstico se establece si las deficiencias no se deben a una enfermedad médica (por ejemplo, parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular). El mal rendimiento puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de hitos motores (presentarse, gatear, caminar), porque al niño se le caen los objetos de las manos y acusa cierta “torpeza”, así como mal rendimiento en los deportes o caligrafía deficiente.



Fig. 5. Trastorno de desarrollo de la coordinación. Retraso de las capacidades de coordinación motora del niño⁵⁰.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo con las posibles causas de retraso mental: prenatales, perinatales y posnatales.
2. Haz un mapa conceptual con los trastornos del aprendizaje y sus características.
3. Inventa un caso de un niño de 6 años que presente síntomas de trastorno de las habilidades motoras.

⁵⁰ Información disponible en <http://blogsdelagente.com/cilentopintos/tag/trastorno-tgd/>

3.4 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo: la interacción social y la comunicación; también se registra la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Estos trastornos comparten síntomas; sin embargo, pueden diferenciarse por factores como la edad de inicio (comienza a temprana edad, antes de los 3 años) de los síntomas o el grado en que todas las habilidades se afectan (a diferencia de lo que ocurre en un déficit más focalizado). También suelen asociarse a algún tipo de retraso mental.

Las categorías de los trastornos generalizados del desarrollo según el DSM-IV son las siguientes:

Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0 Trastorno autista.

F84.2 Trastorno de Rett.

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil.

F84.5 Trastorno de Asperger.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Los criterios para el diagnóstico de cada uno son⁵¹:

Trastorno autista:

Evidencia de los siguientes fenómenos:

- (1) alteración cualitativa de la interacción social (ejemplos: importante alteración de comportamientos no verbales como son contacto ocular, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes y falta de reciprocidad social).
- (2) alteración cualitativa de la comunicación (ejemplos: retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral; en sujetos con un habla adecuada, alteración de la capacidad para iniciar o mantener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje; ausencia de juego realista espontáneo).

⁵¹Flores, I. F. T. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, pp. 223-224.

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (p.ej., preocupación por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, en su intensidad o en su objetivo; adhesión aparentemente inflexible a rutinas específicas, no funcionales; manierismos motores estereotipados; preocupación persistente por partes de objetos).

El retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los tres años de edad: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo.

En niños pequeños se puede observar una incapacidad para abrazar, indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente e incapacidad para responder a la voz de los padres (fig. 6). Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a una persona específica. A lo largo del desarrollo vital, el niño puede interesarse más por dicha interacción. Aunque constantemente el niño tiende a tratar a otras personas de modo desusado. En los sujetos de más edad es posible observar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo, pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no propia de acuerdo con el contexto social.



Fig. 6. Autismo. Presentan aversión hacia el contacto con otras personas⁵².

El *Trastorno de Rett* cuenta con las siguientes características que incluyen la clasificación en el DSM-IV:⁵³

⁵² Información disponible en <http://www.wickedmagazine.org/2011/11/descubrimiento-en-el-cerebro-arroja-luz.html>

⁵³ I. F. T., Flores *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 225-226.

- A. Todas las características siguientes:
- (1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 - (2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
 - (3) circunferencia craneal normal al nacimiento.
- B. Aparición de todas las características siguientes después del periodo de desarrollo normal:
- (1) desaceleración del crecimiento craneal entre los cinco y 48 meses de edad.
 - (2) pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas.
 - (3) pérdida de implicación social en el inicio del trastorno.
 - (4) mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 - (5) desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado.

Este trastorno está constantemente asociado al retraso mental grave o profundo; se inicia antes de los cuatro años de edad, generalmente entre el primero y segundo año de edad. El trastorno es poco frecuente y sólo se ha diagnosticado en mujeres. Persiste a lo largo de toda la vida y la pérdida de habilidades se suele mantener y progresar.

El trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por un desarrollo normal durante un período de por lo menos dos años después del nacimiento. A esta etapa sucede una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente y una alteración notoria de la actividad. Se da una disminución de las habilidades adquiridas por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego y habilidades motoras. De igual modo, se presentan alteraciones al menos dos de las siguientes áreas: interacción social, comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas.⁵⁴

El trastorno de Asperger, es una alteración grave y persistente de la interacción social, que se acompaña de patrones del comportamiento, intereses

⁵⁴ I. F. T., Flores *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 225.

y actividades restrictivas y repetitivas. Puede dar lugar a un deterioro social o laboral clínicamente significativo. No se presentan retrasos del lenguaje clínicamente significativos o del desarrollo cognoscitivo; tampoco son afectados el desarrollo de habilidades de autoayuda, el comportamiento adaptativo y la curiosidad sobre el ambiente.

Las deficiencias en la interacción social pueden ponerse de manifiesto en el ámbito escolar. En la vida adulta, los sujetos con trastorno de Asperger pueden experimentar problemas relacionados con la empatía y la modulación de la interacción social. Aparentemente, este trastorno sigue un curso constante y en la mayoría de los casos se prolonga toda la vida.⁵⁵

El trastorno generalizado del desarrollo no especificado,⁵⁶ se diagnostica al detectar una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal. Con esta alteración no se cumplen los criterios de los demás trastornos: autismo, Rett, desintegrativo infantil o Asperger. Un ejemplo de esta categoría es el: “autismo atípico”, un caso en el que no se cumplen los criterios del trastorno autista, por una edad de inicio posterior y una sintomatología atípica.

3.5 TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

En estos trastornos se presentan síntomas persistentes de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que son más frecuentes y graves que los observados habitualmente en individuos de un nivel de desarrollo similar. Por lo general, con algunos de estos síntomas se manifiestan muchas otras enfermedades como: retraso mental, trastornos del estado de ánimo, trastorno generalizado del desarrollo. El DSM-IV presenta las siguientes categorías:

xTrastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio

⁵⁵ I. F. T Flores, *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 226.

⁵⁶ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

del déficit de atención.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

F91.8 Trastorno disocial.

F91.3 Trastorno negativista desafiante.

F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Los síntomas que comúnmente se presentan son⁵⁷:

- Desatención. A menudo (a) no presenta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades; (b) tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas; (c) parece no escuchar cuando se le habla directamente; (d) no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro del trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones); (e) tiene dificultades para organizar tareas y actividades; (f) evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; (g) extravía objetos necesarios para tareas o actividades; (h) se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes; (i) es descuidado en las actividades diarias. Seis o más de las características anteriores, durante 6 meses, con una intensidad fuerte ayuda al diagnóstico de este padecimiento.
- Hiperactividad. A menudo (a) mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento; (b) abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado; (c) corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo; (d) tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; (e) “está en marcha” o suele actuar como si “tuviera un motor”; (f) habla en exceso.
- Impulsividad. A menudo (g) precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas; (h) tiene dificultades para guardar turno; (i) interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

⁵⁷ I. F. T Flores, *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 212-214.

Si seis o más de estos síntomas de hiperactividad y/o impulsividad han persistido durante por lo menos 6 meses siendo incoherente con relación al nivel de desarrollo ayuda al proceso de diagnóstico (fig. 7).

Otros criterios que incluye el DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno señalan que algunos de estos síntomas se manifiestan antes de los siete años de edad, también se presenta en dos o más ambientes, y, lo principal, deben existir pruebas claras del deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, para no confundir la alteración con una conducta normal a la edad.



Fig. 7. Trastorno de hiperactividad-impulsividad⁵⁸

En cuanto al trastorno disocial, se requiere observar un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violen los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad; tales signos se reconocen por la presencia de tres o más conductas, que se incluyen dentro de los siguientes criterios, durante los últimos 12 meses:

- Agresión a personas y animales.
- Destrucción de la propiedad.
- Fraudulencia o robo.
- Violaciones graves de normas.

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5-6 años de edad, pero usualmente se observa al principio de la adolescencia. Raras veces comienza después de los 16 años de edad y su curso es variable. Las personas

⁵⁸ Información disponible en <http://blog.madresenlared.es/tag/sindrome/>

con este trastorno generalmente muestran poca empatía y escasa preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros⁵⁹.

En el trastorno negativista desafiante, se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses; se hacen presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: el niño a menudo (a) se encoleriza e incurre en pataletas; (2) discute con adultos; (3) desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas; (4) molesta deliberadamente a otras personas; (5) acusa a otros de sus errores o mal comportamiento; (6) es susceptible o fácilmente molestado por otros; (7) es colérico y resentido; (8) rencoroso y vengativo. Los comportamientos deben aparecer con más frecuencia que la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y producen un deterioro clínicamente significativo, que se presenta principalmente en el ambiente familiar, lo que implica que puede no observarse en la escuela ni en la comunidad. Esta tendencia suele mostrarse a los ocho años de edad y, en general, no se registra después del inicio de la adolescencia.

El trastorno de comportamiento perturbador no especificado es caracterizado por un comportamiento negativista desafiante que no cumple con los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante, por lo que se observa un deterioro clínicamente significativo.

3.6 TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria se pueden presentar desde la niñez o en la edad adulta; en este apartado se muestran las categorías que contiene el DSM-IV, los cuales incluye:

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez

F98.3 Pica.

F98.2 Trastorno por rumiación.

⁵⁹ I. F. T., Flores *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 226.

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos un mes. Este consumo no es adecuado para el nivel de desarrollo del sujeto y que no aparece solamente acompañando otro trastorno mental. Los niños pequeños suelen comer pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ramas, los niños mayores pueden comer excrementos de animales, tierra, arena, insectos, hojas o piedras. Adolescentes y adultos pueden ingerir tierra o estiércol. El trastorno suele durar varios meses y dejarse, pero puede prolongarse hasta la adolescencia o la edad adulta. En muchos casos se halla déficit de vitaminas y/o minerales, sin embargo, no es una característica primordial. Algunas veces los pacientes con pica llegan a consulta clínica únicamente cuando ha experimentado alguna complicación médica distinta como: envenenamiento por plomo, obstrucción o perforación intestinal, infecciones como toxoplasmosis o toxocariasis.

El trastorno de rumiación, es la regurgitación y nueva masticación repetidas de alimento que lleva a cabo un niño durante un período que dura por lo menos un mes; no se debe a una enfermedad gastrointestinal asociada ni a otra enfermedad médica y no aparece exclusivamente acompañando una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Este trastorno se encuentra con mayor frecuencia en niños pequeños, pero puede manifestarse también en personas con mayor edad, generalmente con retraso mental. Se han asociado con este trastorno problemas psicosociales que incluyen falta de estimulación, abandono, situaciones vitales estresantes y problemas de las relaciones padres-niños, son factores predisponentes. En algunas ocasiones se presenta pérdida de peso, ausencia del aumento esperado para la edad e, incluso, la muerte. La edad del niño al inicio del trastorno de rumiación está entre los 3 y los 12 meses.

El trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez se refiere a la incapacidad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas durante, por lo

menos, un mes. No es atribuible a una enfermedad gastrointestinal ni a otro padecimiento médico o a otro trastorno mental.

Los niños con trastorno alimentario suelen ser especialmente irritables y difíciles de consolar durante las comidas. Pueden parecer apáticos y retraídos, y experimentar retraso en el desarrollo. En algunas ocasiones, los problemas de la interacción padres-niño contribuyen al problema. Se puede presentar malnutrición que, en casos avanzados, amenaza la vida del sujeto.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un mapa conceptual con los padecimientos que se incluyen en los trastornos generalizados del desarrollo, con sus respectivas características.
2. Haz un cuadro comparativo con los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
3. Explica con tus propias palabras en qué consisten los trastornos: pica y trastorno por rumiación.

3.7 TRASTORNOS DE TICS

En este grupo de síntomas se encuentra varias enfermedades clasificadas en el DSM-IV; se incluyen los siguientes:

Trastornos de tics

F95.2 Trastorno de la Tourette.

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.9 Trastorno de tics no especificado.

Todos éstos se refieren a la presencia de movimientos estereotipados, anómalos y catatonías. La edad de inicio del Trastorno de la Tourette puede darse a los 2 años, normalmente durante la infancia o la adolescencia temprana, y por definición se produce antes de los 18 años.⁶⁰:

⁶⁰ Información en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

3.8 TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

Entre los dos y los tres años de edad la mayoría de los niños son sometidos a disciplinas constantes para lograr el control de la defecación y entre los tres y los cuatro años el control de la micción. Es por lo general que a los cinco años cuando el niño puede ir solo al baño y atender la mayoría de los aspectos de limpieza, así como vestirse y desvestirse.

La enuresis es la eliminación involuntaria y constante de orina durante la noche, mientras el niño duerme, que ocurre en la edad en la que ya se espera control voluntario. Cuando persiste después de los cinco años, es necesario identificar a los niños en los que se encuentra alguna causa médica como anomalías congénitas, infecciones de vías urinarias o un trastorno del nervio sacro. La enuresis se acompaña a veces de otras alteraciones del sueño como sonambulismo o terrores nocturnos. Este trastorno se relaciona, en ocasiones, con una psicopatología individual o familiar moderada a grave, y está indicado al niño y a los padres acudir con un psiquiatra, quien suele indicar un retraso de maduración que se resuelve con el tiempo.

La encopresis se refiere a la incontinencia fecal sin defecto o enfermedad orgánica. La mayor parte de casos de esta patología no se deben a la resistencia a la disciplina para lograr continencia fecal y urinaria, pero en ocasiones dependen de incontinencia fecal por “rebosamiento” acompañada de estreñimiento crónico⁶¹.

El DSM-IV señala las siguientes categorías:

Trastornos de la eliminación

F98.1 Encopresis.

F98.0 Enuresis.

La encopresis se divide en: encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento y encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. En general se refiere a la emisión repetida de heces en lugares inadecuados (involuntaria o intencionada). Debe ocurrir por lo menos una vez al mes durante tres meses como mínimo y la edad cronológica del niño debe ser

⁶¹ *El Manual Merk*, 7ª. ed., México, Nueva Editorial Norteamericana, p. 1701

por lo menos de cuatro años. Hay dos tipos de curso: el tipo “primario” en el que nunca se ha adquirido continencia o control fecal, y el tipo “secundario” que se presenta después de un período de continencia o control fecal.

La enuresis se manifiesta en la frecuencia del comportamiento de dos episodios semanales durante por lo menos tres meses o causar malestar clínicamente significativo. Existen los siguientes subtipos: a) sólo nocturna, en el que el episodio enurético tiene lugar sólo durante el sueño nocturno, típicamente durante el primer tercio de la noche; b) sólo diurna, el episodio se presenta durante la vigilia, en la mayor parte de las veces en la tardes de los días escolares; c) nocturna y diurna, un subtipo de los dos anteriores. El diagnóstico no establece si el padecimiento se debe a alguna enfermedad clínica (infecciones o fallas renales), o a una sustancia (diuréticos)⁶².

3.9 OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y/O ADOLESCENCIA

Uno de los factores más importantes en el diagnóstico de enfermedades en niños y adolescentes consisten en la variación de la influencia sobre el desarrollo del ser humano, durante la infancia, desde el comienzo de la edad escolar hasta la adolescencia, ya que los niños son especialmente susceptibles a la influencia de los padres o de otros tutores, los compañeros y la escuela, y a las consecuencias del nivel socioeconómico. El DSM-IV ha descrito las siguientes categorías para estos trastornos que no entran en los criterios anteriormente descritos:

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

F93.0 Ansiedad por separación.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados.

F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

⁶² I. F. T Flores, *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 219-220.

El trastorno más común es la ansiedad por separación; éste se puede presentar con los niños que centran su atención en el rendimiento de la escuela o en los eventos deportivos. Son comunes aspectos como: preocupación excesiva por la puntualidad y por los sucesos catastróficos. Los pacientes pueden ser muy conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos. En general son excesivamente celosos en la búsqueda de aprobación y necesitan mucha seguridad. Para más especificaciones del diagnóstico de estos padecimientos consulta la página de internet⁶³.

Es importante tener en cuenta que el apoyo psicológico resulta indispensable en el tratamiento de cualquiera de los padecimientos antes presentados.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

1. Haz un mapa conceptual con esquemas de los tipos de enuresis.
2. Investiga en internet características más comunes para la detección de los tics, posibles causas y consecuencias psicológicas.
3. Describe el caso de un niño que padezca ansiedad por separación.

⁶³ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué es el retraso mental?
2. Indica los niveles de coeficiente intelectual junto con la clasificación de los distintos tipos de retraso mental.
3. ¿Cuáles son las características principales de los trastornos del aprendizaje?
4. ¿Qué tipos de trastornos de aprendizaje se pueden presentar, según la clasificación del DSM-IV?
5. ¿Cómo se puede detectar un trastorno de las habilidades motoras?
6. ¿En qué consisten los trastornos generalizados del desarrollo?
7. ¿Cuáles son las características del trastorno desintegrativo infantil?
8. ¿A qué se refieren los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador?
9. ¿En qué consiste el trastorno negativista desafiante?
10. ¿Qué es el trastorno de rumiación?
11. ¿Qué son la enuresis y la encopresis?
12. ¿Qué otros trastornos se pueden presentar durante la infancia y/o adolescencia?

Respuestas

1. El retraso mental es la capacidad intelectual inferior al promedio evidente desde el nacimiento o la primera infancia. Se manifiesta en un desarrollo anormal y se acompaña de dificultades de aprendizaje y adaptación social.
2.
 - Retraso mental leve (CI de 50-55 a 70).
 - Retraso mental moderado (CI de 35-40 a 50-55).
 - Retraso mental grave (CI de 20-25 a 35-40).
 - Retraso mental profundo (CI inferior a 20 o a 25).

3. Los trastornos del aprendizaje se caracterizan por incapacidad general para controlar impulsos, concentrarse y recordar e integrar diversas funciones del procesamiento sensorial y el razonamiento.
4.
 - Trastorno de la lectura.
 - Trastorno del cálculo.
 - Trastorno de la expresión escrita.
- Trastorno del aprendizaje no especificado.
5. Cuando el rendimiento de las actividades diarias que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia; además cuando esta alteración interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida diaria
6. Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo: la interacción social y la comunicación; también se registra la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.
7. El trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por un desarrollo normal durante un período de por lo menos dos años después del nacimiento. A esta etapa sucede una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente y una alteración notoria de la actividad. Se da una disminución de las habilidades adquiridas por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego y habilidades motoras. De igual modo, se presentan alteraciones al menos dos de las siguientes áreas: interacción social, comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas
8. En estos trastornos se presentan síntomas persistentes de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que son más frecuentes y graves que los observados habitualmente en individuos de un nivel de desarrollo similar.

Por lo general, con algunos de estos síntomas se presentan muchas otras enfermedades como: retraso mental, trastornos del estado de ánimo, trastorno generalizado del desarrollo.

9. En el trastorno negativista desafiante, se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses; se hacen presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: el niño a menudo (a) se encoleriza e incurre en pataletas; (2) discute con adultos; (3) desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas; (4) molesta deliberadamente a otras personas; (5) acusa a otros de sus errores o mal comportamiento; (6) es susceptible o fácilmente molestado por otros; (7) es colérico y resentido; (8) rencoroso y vengativo. Los comportamientos deben aparecer con más frecuencia que la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y producen un deterioro clínicamente significativo, que se presenta principalmente en el ambiente familiar, lo que implica que puede no observarse en la escuela ni en la comunidad. Este comportamiento suele mostrarse a los ocho años de edad y, en general, no se registra después del inicio de la adolescencia.
10. Es un tipo de trastorno de la alimentación y de la conducta alimentaria que consiste en la regurgitación y nueva masticación repetidas de alimento que lleva a cabo un niño durante un período que dura por lo menos un mes; no se debe a una enfermedad gastrointestinal asociada ni a otra enfermedad médica y no aparece exclusivamente acompañando una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
11. La enuresis es la eliminación involuntaria y constante de orina durante la noche, mientras el niño duerme, que ocurre en la edad en la que ya se espera control voluntario. La encopresis se refiere a la incontinencia fecal sin defecto o enfermedad orgánica.
12.
 - Ansiedad por separación.
 - Mutismo selectivo.

- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.
- Trastorno de movimientos estereotipados.
- Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

UNIDAD 4

DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

OBJETIVO

El estudiante tendrá una aproximación al conocimiento teórico de los trastornos cognoscitivos más identificados, algunos relacionados con la edad (las demencias, las amnesias, y otros padecimientos relacionados con el uso de ciertas sustancias). También analizará la influencia de otras enfermedades, como es el caso del delirium.

TEMARIO

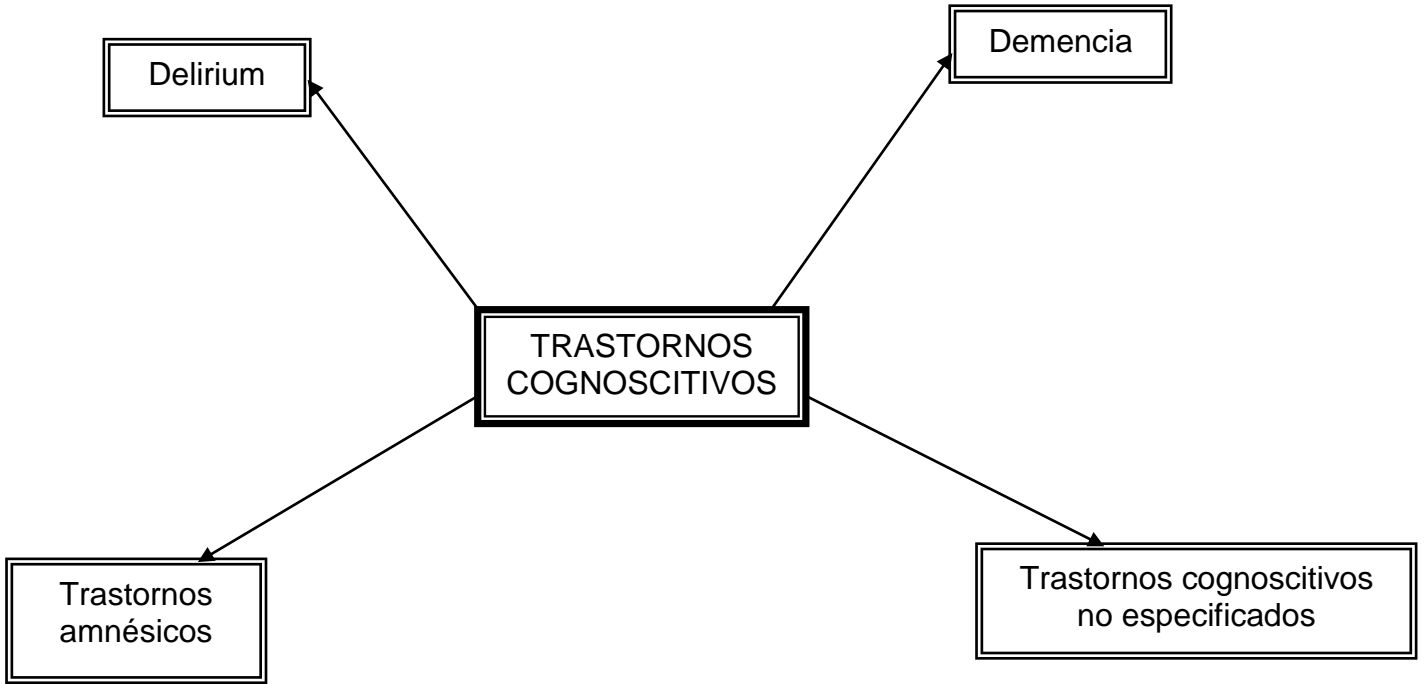
4.1 DELIRIUM

4.2 DEMENCIA

4.3 TRASTORNOS AMNÉSICOS

4.4 TRASTORNOS COGNOSCITIVOS NO ESPECIFICADOS

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

El delirium es uno de los estados más comunes en la actualidad entre los jóvenes y adultos que presentan abuso de algún tipo de sustancias; a diferencia de la demencia que se presenta con mayor frecuencia en la tercera edad, formando parte de las enfermedades mentales más comunes en los adultos mayores. El delirium es una enfermedad aguda, es decir, se presenta en un corto periodo y con alta intensidad; a diferencia de la demencia que es una enfermedad grave, de intensidad progresiva y de larga duración o crónica. Es necesario conocer los criterios de diagnósticos para estos trastornos y sus posibles consecuencias, para así, intervenir en el la prevención y el tratamiento de tales padecimientos. En el presente apartado se detallan los criterios diagnósticos para la identificación de: delirium, demencia, trastornos amnésicos y trastornos cognoscitivos no especificados.

4.1 DELIRIUM

El delirium o delirio, incluye la aparición de diversos síndromes entre los que se encuentran: trastornos con irritabilidad, miedo, alucinaciones visuales y, a veces, pérdida total de contacto con el medio. Puede presentarse a cualquier edad. La persona que sufre delirio tiene dificultades para cambiar, centrar, transferir y mantener la atención. Suelen ser evidentes varias emociones fuertes y cambiantes que no parecen relacionarse con los sucesos del entorno.

La presencia de varios de los síntomas siguientes permite el diagnóstico de esta condición:

1. Desequilibrios perceptuales (por ejemplo, malinterpretar los sucesos reales).
2. Lenguaje incoherente.
3. Insomnio o somnolencia durante el día.
4. Aumento o reducción en la actividad psicomotriz (por ejemplo, hiperactividad).
5. Desorientación y deterioro de la memoria.

Este trastorno se puede presentar como resultado de una condición cerebral aguda o crónica. Existen cuatro causas orgánicas generales del delirium:

1. Enfermedad cerebral (por ejemplo, una infección o un tumor).
2. Enfermedad médica o trastorno metabólico).
3. Intoxicación por alguna sustancia (por ejemplo, alcohol).
4. Abstinencia de una sustancia a la que el individuo es adicto (por ejemplo, las drogas).

La clasificación del DSM-IV se basa en lo anterior:

Delirium

F05.0 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica).

Delirium por intoxicación por sustancias.

Delirium por abstinencia de sustancias.

Delirium debido a múltiples etiologías.

F05.9 Delirium no especificado

El delirium se acompaña, generalmente, de otros problemas físicos, tal es el caso de los pacientes que sufren ataques cardiacos, ya que la cantidad de oxígeno que recibe el cerebro depende de si el paciente está sentado o recostado. La excreción inadecuada de los desechos corporales también puede provocar daños, que es lo que ocurre con el daño renal.

Dentro de los factores psicológicos que pueden provocar el delirium o delirio se encuentran: estrés psicológico, restricción del sueño y daño o falla sensorial, inmovilización prolongada y fatiga excesiva.

De la misma manera, algunas lesiones orgánicas cerebrales hacen propensos a los pacientes a desarrollar el delirium, así como los que tienen antecedentes de adicción al alcohol y a las drogas.

El *delirium tremens*, es uno de los ejemplos más dramáticos provocados por el consumo excesivo de alcohol. Las personas que lo padecen son incapaces de seguir instrucciones como “saca la lengua” o prestar atención a los eventos que tienen lugar a su alrededor. Además del delirio, se presentan temblores y alucinaciones visuales que provocan un estado de terror (figura1). Los síntomas no son evidentes hasta después de que la persona deja de beber. La crisis puede durar una semana o más y la persona afectada casi siempre es hospitalizada, la recuperación depende de la restauración del equilibrio metabólico. En algunos casos el equilibrio no se puede conseguir y el paciente muere.⁶⁴

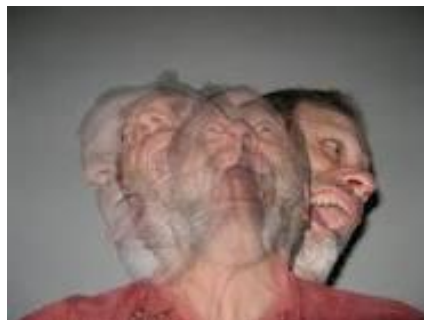


Fig. 1. Representación del estado de delirium tremens.⁶⁵

⁶⁴ Sarason, *Psicología anormal.*, pp. 398-399.

⁶⁵ *DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).*

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo con las enfermedades que pueden causar delirio.
2. Inventar un caso de un delirium tremens, con las características del mismo.
3. Haz un ejercicio de semejanzas entre los síntomas del delirio y algunos objetos (por ejemplo: El síntoma_____ se asemeja a un_____).

4.2 DEMENCIA

Durante mucho tiempo, la mayor parte de los problemas de las personas mayores se agruparon bajo el título de “trastornos seniles”. En la actualidad, sabemos que la gama de padecimientos que se presentan en esta etapa de la vida es muy amplia. Los adultos mayores son vulnerables tanto a las consecuencias graves de los cambios cerebrales, por ejemplo, la demencia senil, como a otras condiciones psicológicas en las que los factores orgánicos son menos claros, como la depresión.

La demencia es un trastorno de disfunción cerebral progresiva, irreversible, causada por alteraciones neuropatológicas estructurales y caracterizado por una pérdida funcional cognoscitiva predominante.

Se considera que la demencia está dominada por dificultades cognoscitivas, y en la mayoría de los pacientes las primeras alteraciones se producen en ese campo. Sin embargo, muchas veces el rasgo predominante puede ser de tipo emocional, es decir, se puede presentar depresión, paranoia, ansiedad o cualquier otro síndrome psicológico. El cuadro clínico más frecuente es una desintegración lenta de la personalidad y del intelecto, debido a la comprensión y juicios alterados y pérdida de afectividad. La progresión de la enfermedad suele ser más dolorosa para el espectador que para el paciente, ya que el paciente se vuelve restringido, de aspecto rígido, el pensamiento conceptual se dificulta y se manifiesta cierta pobreza del contenido del pensamiento. Las tareas familiares pueden ser bien realizadas, pero la

adquisición de nuevas habilidades es difícil; la iniciativa está disminuida y el paciente puede volverse muy distraído y alienado⁶⁶.

En cuanto a la disfunción cognoscitiva, pueden observarse: trastornos específicos del lenguaje (afasia), de la actividad motora (apraxia), del reconocimiento de las percepciones (agnosia) y, principalmente, alteración de la memoria, que comienza por la falla al reconocer acontecimientos recientes o encontrar nombres. De igual modo, la orientación queda alterada primero con respecto al tiempo, lugar, y la propia persona, respectivamente.

Dentro de los cambios conductuales más comunes en este trastorno se puede encontrar al paciente realizando actividades tontas o de poco juicio, quizá ilegales, las cuales no puede conservar, ya que su motivación y su impulso declinan. Los hábitos se deterioran y el paciente se vuelve desaliñado, sucio y, finalmente incontinente, culminando con la necesidad de una asistencia total por parte de una enfermera, en las últimas fases de la enfermedad.

El DSM-IV señala las siguientes categorías:

Demencia

- F00 Demencia tipo Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas
 - Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia debida a múltiples etiologías
- F03 Demencia no especificada

El médico alemán, Alois Alzheimer, identificó por primera vez, en 1906, en una mujer de 51 años, un extraño padecimiento en que se presentó pérdida de memoria, desorientación y, más adelante, demencia severa. Después de la muerte de ésta llevó a cabo la autopsia del cerebro y encontró las dos características distintivas de la enfermedad: masas confusas de células nerviosas y fragmentos de ramificaciones de células nerviosas desintegradas conocidas como *placas*. Debido a que los pacientes que estudió eran

⁶⁶ *El manual Merk*, 7a. ed., pp. 1199-1200.

relativamente jóvenes, él especialista pensó que la enfermedad se presentaba en la edad intermedia, y consideró que cuando se presentaba en adultos mayores era un proceso normal del envejecimiento, siendo actualmente descartada esa idea. Ahora se conoce que las demencias de tipo del mal de Alzheimer conllevan un proceso patológico específico en lugar de ser una consecuencia normal del envejecimiento.⁶⁷

La demencia tipo Alzheimer depende de un proceso degenerativo con pérdida importante de células de la corteza y otras áreas del cerebro.

Clínicamente, la pérdida de memoria es el primer síntoma más manifiesto. Una de las principales características es la atrofia intensa con surcos profundos y ventrículos dilatados. Hay placas seniles y marañas neurofibrilares. La demencia presenil de Alzheimer y la de comienzo senil son similares tanto clínica como patológicamente, pero la primera suele empezar entre la quinta y la sexta década de vida y el Alzheimer común entre la séptima y octava década (figura 2.). La demencia suele progresar continuamente y resulta avanzada en un plazo de dos a tres años.⁶⁸

Los criterios para el diagnóstico del Alzheimer y sus diferentes tipos según el DSM-IV son los siguientes:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta).

⁶⁷ Sarason, *Psicología anormal*. 7a. ed., pp. 401-403.

⁶⁸ Sarason, *Psicología anormal*. p. 403.

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).

2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).

3. Enfermedades inducidas por sustancias.

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

Su inicio es a los 65 años o antes

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

Su inicio es después de los 65 años.

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

Con ideas delirantes: Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

La demencia vascular o demencia por infartos múltiples es más común en varones y, empieza sobre todo, en la séptima década de la vida. Este padecimiento se caracteriza por infartos cerebrales pequeños y grandes de diversa antigüedad. Muchas veces el paciente padece hipertensión, pero la hipertensión no es un precursor esencial. Los pacientes hipertensos tienen una particular tendencia a sufrir infartos lagunares repetidos. Debido a que el proceso patológico incluye infarto, la demencia tiende a progresar por etapas, cada una iniciada por un periodo de vaguedad de conciencia y quizá desarrollo o agravación de signos neurológicos. En las etapas tempranas del trastorno, la personalidad y la clarividencia tienden a conservarse mejor que en la demencia senil. Son particularmente frecuentes los síntomas depresivos y es posible el suicidio. El DSM-IV identifica la demencia de tipo vascular de la siguiente manera:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

No complicada: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si: Con alteración de comportamiento.

Cuando la demencia es provocada por otra enfermedad ha de demostrarse por medio de una historia clínica, exploración física o estudios de laboratorio que la alteración, en este caso la demencia, es un efecto fisiológico de alguna enfermedad médica. Entre las enfermedades que pueden causar demencia se encuentran: VIH (sida), traumatismo craneal, enfermedad de Parkinson, Huntington, Pick, Creutzfeldt-Jakob, entre otros padecimientos como: hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B₁₂ o B₆, irradiación intracraneal, etcétera. La demencia inducida por sustancias es clasificada por el DSM-IV según los siguientes criterios:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- (a) afasia (alteración del lenguaje).
- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1]

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].

F02.8 Demencia debida a... (indicar enfermedad médica no enumerada antes) [294.1]

Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B₁₂, irradiación intracraneal

Nota de codificación: Codificar también en Eje III la enfermedad médica.

En cuanto a las sustancias que pueden provocar demencia se encuentran: alcohol, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, entre otras sustancias desconocidas. Para el diagnóstico de tal tipo de demencia debe existir relación evidente entre la etiología de la demencia y el consumo persistente de alguna sustancia (droga o medicamento). La detección del consumo de sustancia ha de demostrarse a lo largo de la historia, la exploración física o hallazgos de laboratorio. El DSM-IV identifica el diagnóstico de éste padecimiento de la siguiente manera.

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - (d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Códigos para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):

F10.73 Alcohol [291.2]

F18.73 Inhalantes [292.82]

F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]

F19.73 Otras (sustancias desconocidas) [292.82]

Existen otras posibles causas no identificadas de la demencia, el DSM-IV incluye un apartado para estos casos los que denomina como demencia debida a múltiples etiologías y las identifica de la siguiente manera:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Esquematiza una línea de tiempo del proceso de los síntomas que presenta una demencia.

2. Haz un ejercicio de semejanzas entre los síntomas de la demencia y algunos objetos (por ejemplo: El síntoma_____ se asemeja a un_____).
3. Realiza un cuadro comparativo de los tipos de demencia, con sus causas y consecuencias.

4.3 TRASTORNOS AMNÉSICOS

Existen muchos otros síndromes orgánicos cerebrales, aunque no todos son tan comunes como el delirium y la demencia; algunos también implican cambios importantes en el funcionamiento general. Tal es el caso de la amnesia, que puede originarse por alteración difusa o lesiones focales, ya que las vías neuroanatómicas específicas en el cerebro forman parte de un proceso complejo, el cual mal definido, altera la acumulación de memoria y recuerdo. La memoria reciente y la capacidad de formar nuevos recuerdos están profundamente afectadas por lesiones en varias partes del cerebro.

La amnesia retrógrada y postraumática en periodos que preceden y siguen inmediatamente a una conmoción o un trauma craneal más intenso, parecen resultar de una interrupción de la función límbica. Es probable que también estén afectados procesos cerebrales más difusos que participan en el almacenamiento y la evocación de la memoria, como ocurre en muchas de las enfermedades difusas productoras de demencia.⁶⁹

El síndrome de Korsakoff se trata de un estado amnésico en el cual la incapacidad de recordar hechos de memoria reciente puede causar confabulación y una situación aparentemente paradójica, en la cual el paciente es capaz de llevar a cabo tareas aprendidas antes de enfermar pero no puede aprender técnicas nuevas muy sencillas.

La clasificación según el DSM-IV es:

Trastornos amnésicos

F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica)

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

⁶⁹ *El manual Merck*, 7a. ed., pp. 1201-1206.

[R41.3] Trastorno amnésico no especificado

Los criterios para el diagnóstico del trastorno amnésico son los siguientes:

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico).

Especificar:

-Transitorio: si el deterioro de la memoria dura menos de 1 mes.

-Crónico: si el deterioro de la memoria dura más de 1 mes.

Nota de codificación: Anotar el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F04 Trastorno amnésico debido a traumatismo cerebral [294.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico de

F1x.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Códigos para el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (sustancias específicas):

F10.6 Alcohol [291.1]

F13.6 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.83]

F19.6 Otras sustancias (o desconocidas) [292.83]

4.4 TRASTORNOS COGNOSCITIVOS NO ESPECIFICADOS

El DSM-IV incluye este apartado para aquellos trastornos cognoscitivos aún no identificados en su totalidad.

Otros trastornos cognoscitivos

F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado

Existen muchos otros síndromes orgánicos cerebrales; aunque son menos comunes que el delirium y la demencia, también comprenden cambios importantes en el funcionamiento general. Éstos no constituyen las características de los anteriores, presentando una importancia clínica en la pérdida de funciones cognoscitivas.

En general, el principal desafío clínico que se enfrentan los ancianos es la mayor probabilidad de trastornos en los que existe una degeneración del cerebro. Sin embargo, los problemas de las personas mayores también reflejan varias dificultades psicológicas que casi siempre acompañan al envejecimiento. Estas fallas surgen, muchas veces, de la inseguridad personal que provocan esos cambios en la vida como tener que vivir solo o depender de otras personas. Los cambios psicológicos pueden crear un estrés adicional conforme la persona busca mantener su autoestima e interacciones competentes y satisfactorias.

Las personas que envejecen con éxito, sufren de igual manera deterioros físicos acordes con la edad, sin embargo, cuentan con herramientas para enfrentarlos. Existen muchas razones para pensar que muchas personas pueden adaptarse con éxito a las transiciones del desarrollo, siempre y cuando se acepten éstas. Por lo tanto, la asesoría y la psicoterapia para los ancianos es

una oportunidad para expresar sus reacciones ante la variedad de problemas que enfrentan y recibir apoyo y las herramientas necesarias para aumentar la calidad de vida a ésta edad y disminuir los factores de riesgo psicológicos⁷⁰.

Para evaluar un posible daño cognoscitivo se realiza un examen del estado mental, que consiste en una entrevista que es útil para la observación clínica así como para cualquier afirmación que pueda hacerse sobre el individuo. Esta evaluación se complementa con pruebas psicológicas y exámenes neurológicos. Los médicos clínicos lo utilizan para obtener la información siguiente:

1. Nivel de conciencia.
2. Apariencia general (comportamiento, vestimenta, cooperación).
3. Periodos de atención.
4. Orientación con respecto del tiempo y el espacio.
5. Memoria a corto plazo.
6. Lenguaje (lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura, escritura).
7. Pensamiento.
8. Estado de ánimo.
9. Juicio e *insight*.

Éste procedimiento proporciona un registro objetivo para el diagnóstico y la evaluación del curso del trastorno y la subsecuente respuesta al tratamiento.

Los neurólogos, por su parte, estudian los daños orgánicos que se presentan en esta edad para poder dar un diagnóstico lo más detallado posible sobre el tipo de trastorno que se presenta. Se utilizan generalmente, técnicas que proporcionan imágenes cerebrales, tal es el caso de la tomografía computarizada (TC) (figura 3); tomografía por emisión de positrones (TEP) y resonancia magnética cerebral (MRI). La primera proporciona películas que muestran la localización, deterioro o aumento de las lesiones. La segunda, permite visualizar la actividad metabólica de las distintas partes del cerebro. La

⁷⁰ Sarason, *Psicología anormal*, p. 400.

tercera, permite visualizar de una manera más clara, la anatomía cerebral y las posibles anomalías estructurales. A diferencia de la TC, que se limita a proporcionar imágenes de las regiones del cerebro en un plano transversal, la MRI puede dar imágenes en todos los planos. El TEP permite la obtención de imágenes junto con la información sobre la actividad metabólica y la medición de la función de los neurotransmisores.

Es importante tomar en cuenta la mayor cantidad de herramientas posibles para poder diagnosticar estos padecimientos, ya que al proporcionar un diagnóstico de este tipo, el impacto emocional es por lo general muy fuerte. Del mismo modo, es indispensable tener en cuenta el primordial papel del psicólogo en este tipo de trastornos, tanto para la prevención como el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.⁷¹



Fig. 3. Tomografía computarizada.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un mapa conceptual de la amnesia y sus distintos tipos.
2. Inventa un caso clínico del síndrome de Korsakoff con sus respectivos síntomas.
3. Realiza un cuadro comparativo de las técnicas de imagenología que se utilizan para el diagnóstico de daño neurológico.

⁷¹ Sarason, *Psicología anormal*, pp. 396-397.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuáles son los principales síntomas del delirium o delirio?
2. ¿Qué enfermedades pueden provocar delirium?
3. ¿En qué consiste el *delirium tremens*?
4. ¿Qué es la demencia?
5. Describe el cuadro clínico más frecuente en la demencia.
6. ¿Cómo se presenta la disfunción cognoscitiva en la demencia?
7. ¿Qué puede originar una amnesia?
8. ¿En qué consiste el síndrome de Korsakoff?
9. ¿Cuáles son los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de las amnesias?
10. Describe una de las técnicas utilizadas para el diagnóstico de daño neurológico.

Respuestas

1.
 - Desequilibrios perceptuales (por ejemplo, malinterpretar los sucesos reales).
 - Lenguaje incoherente.
 - Insomnio o somnolencia durante el día.
 - Aumento o reducción en la actividad psicomotriz (por ejemplo, hiperactividad).
 - Desorientación y deterioro de la memoria.
2.
 - Enfermedad cerebral (por ejemplo: una infección o un tumor).
 - Enfermedad médica o trastorno metabólico.
 - Intoxicación por alguna sustancia (por ejemplo: alcohol).
 - Abstinencia de una sustancia a la que el individuo es adicto (por ejemplo: las drogas).

3. El *delirium tremens*, es uno de los ejemplos más dramáticos provocados por el consumo excesivo de alcohol. Las personas que lo padecen son incapaces de seguir instrucciones como “saca la lengua” o prestar atención a los eventos que tienen lugar a su alrededor. Además del delirio, se presentan temblores y alucinaciones visuales que provocan un estado de terror (figura1). Los síntomas no son evidentes hasta después de que la persona deja de beber. La crisis puede durar una semana o más y la persona afectada casi siempre es hospitalizada, la recuperación depende de la restauración del equilibrio metabólico.

4. La demencia es un trastorno de disfunción cerebral progresiva, irreversible, causada por alteraciones neuropatológicas estructurales y caracterizado por una pérdida funcional cognoscitiva predominante.

5. El cuadro clínico más frecuente es una desintegración lenta de la personalidad y del intelecto, debido a la comprensión y juicios alterados y pérdida de afectividad. . El paciente se vuelve restringido, de aspecto rígido, el pensamiento conceptual se dificulta y se manifiesta cierta pobreza del contenido del pensamiento. Las tareas familiares pueden ser bien realizadas, pero la adquisición de nuevas habilidades es difícil; la iniciativa está disminuida y el paciente puede volverse muy distraído y alienado.

6. Pueden observarse: trastornos específicos del lenguaje (afasia), de la actividad motora (apraxia), del reconocimiento de las percepciones (agnosia) y, principalmente, alteración de la memoria, que comienza por la falla al reconocer acontecimientos recientes o encontrar nombres.

7. Una amnesia puede originarse por alteración difusa o lesiones focales, ya que las vías neuroanatómicas específicas en el cerebro forman parte de un proceso complejo, el cual mal definido, altera la acumulación de memoria y recuerdo. La memoria reciente y la capacidad de formar nuevos recuerdos están profundamente afectadas por lesiones en varias partes del cerebro.

8. El síndrome de Korsakoff se trata de un estado amnésico en el cual la incapacidad de recordar hechos de memoria reciente puede causar confabulación y una situación aparentemente paradójica, en la cual el paciente

es capaz de llevar a cabo tareas aprendidas antes de enfermar pero no puede aprender técnicas nuevas muy sencillas.

9.

A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.

B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico).

10. La tomografía computarizada (TC) (figura 3); Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) y Resonancia Magnética Cerebral (MRI). La primera proporciona películas que muestran la localización, deterioro o aumento de las lesiones. La segunda, permite visualizar la actividad metabólica de las distintas partes del cerebro. La tercera, permite visualizar de una manera más clara, la anatomía cerebral y las posibles anormalidades estructurales. A diferencia de la TC, que se limita a proporcionar imágenes de las regiones del cerebro en un plano transversal, la MRI puede dar imágenes en todos los planos. El TEP permite la obtención de imágenes junto con la información sobre la actividad metabólica y la medición de la función de los neurotransmisores.

UNIDAD 5

TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDADES MÉDICAS

OBJETIVO

El estudiante conocerá los criterios del DSM-IV para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales provocados por enfermedades médicas, (principalmente, del trastorno catatónico, del cambio de personalidad y otros trastornos mentales no específicos).

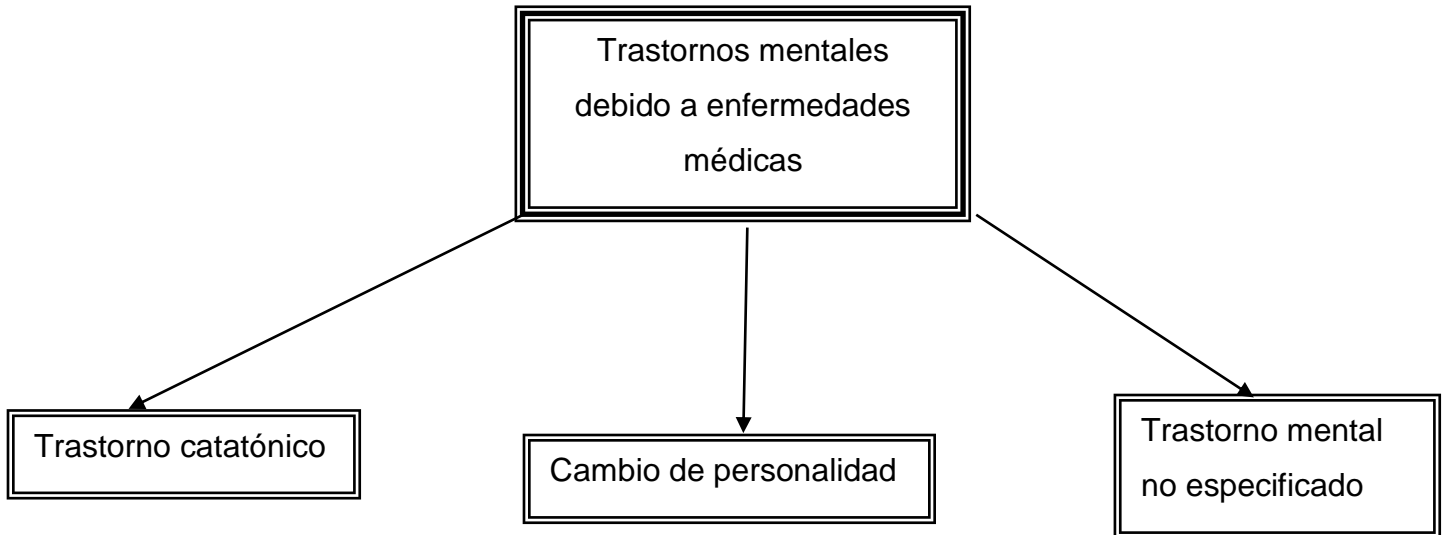
TEMARIO

5.1 TRASTORNO CATATÓNICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

5.2 CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

5.3 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA.

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades médicas son las que se presentan en el Eje III, según el criterio del DSM-IV. Por lo tanto, el trastorno mental ha de clasificarse en el Eje I, mientras que la enfermedad médica en el Eje III.

Los criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales debidos a enfermedad médica, son tres:

- Demostración, a través de la historia clínica, de la exploración física y/o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.⁷²
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.⁷³
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.⁷⁴

Entre los trastornos mentales que pueden estar relacionados con alguna enfermedad médica, se encuentran: delirios, demencias, amnesia, psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, y trastorno del sueño; cada uno de los anteriores se describen en su respectivo apartado.⁷⁵

⁷² Flores i. F. T., *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 173.

⁷³ *Ibidem.*

⁷⁴ *Ibidem.*

⁷⁵ <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv3.html>

5.1 TRANSTONO CATATÓNICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

La catatonía es un trastorno caracterizado por alteraciones motoras muy llamativas que suelen manifestarse por inmovilidad con rigidez muscular extrema o, en casos más raros, por una excesiva actividad impulsiva⁷⁶.

El trastorno catatónico debido a enfermedad médica ha de detectarse por la aparición de síntomas catatónicos durante o posterior a la presencia de alguna enfermedad médica, como efecto o consecuencia fisiológica de la misma.

Algunos de los síntomas que manifiesta la catatonía son los siguientes: inmovilidad motora (la cual se puede expresarse por cataplejía o falta de control del tono muscular y debilidad muscular); actividad motora excesiva (sin ningún propósito aparente y sin influencia de estímulos externos); negativismo extremo o mutismo (que se puede presentarse como resistencia a seguir instrucciones); movimientos voluntarios peculiares (estos se manifiestan al aceptar de manera voluntaria posturas inapropiadas o muecas prominentes que no se modifican); ecolalia o ecopraxia, (la primera se expresa en la repetición patológica de palabras o frases sin sentido, justo después de haberlas oído de otra persona; la ecopraxia se refiere a la imitación repetitiva de movimientos de otra persona). En ocasiones se presentan algunos de los síntomas, aunque no son excluyentes entre sí.

Con frecuencia se confunde el trastorno de la catatonía con un episodio maníaco, así que para un diagnóstico correcto no debe manifestarse otro trastorno mental. Las enfermedades médicas que pueden provocar catatonía son varios: neoplasias, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular, encefalitis, entre otros. Entre las enfermedades metabólicas causantes puede mencionarse: hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistonuria, diabetes cetoacidótica.

Se debe hacer un diagnóstico diferencial que identifique otras posibles causas de la catatonía, por ejemplo, si se presenta durante un delirium no debe hacerse un diagnóstico de trastorno catatónico debido a enfermedad médica.

⁷⁶ *Diccionario Océano*, p. 225.

De igual manera, se debe diferenciar la catatonía de los trastornos motores inducidos por medicamentos, los cuales se presenta, generalmente, en individuos que están tomando neurolépticos, por lo tanto la causa sería el consumo del medicamento.

Otro punto importante consiste en diferenciar la catatonía en presencia de un paciente esquizofrénico o en presencia de cualquier otro trastorno del estado de ánimo. En el caso de la esquizofrenia se hace un diagnóstico de: esquizofrenia, tipo catatónico. Para ser más exactos en el diagnóstico de este trastorno y para diferenciarlo de los otros, es indispensable el diagnóstico médico de ausencia o presencia de una enfermedad médica que se relacione etiológicamente con la aparición de la catatonía.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Busca en internet imágenes del trastorno catatónico y elije la que más se acerque a las definiciones y características citadas. Descríbelas e indica por qué elegiste esa imagen.
2. Encuentra en internet un video sobre los síntomas del trastorno catatónico.

5.2 CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

El cambio de personalidad debido a enfermedad médica puede identificarse por un cambio considerable y duradero de la personalidad como consecuencia fisiológica de una enfermedad médica. Se detecta una alteración en la desviación del patrón común de personalidad que se manifiesta junto con la presencia de la enfermedad. Debe encontrarse evidencia de la enfermedad médica mediante el análisis del historial de salud, exploración física o pruebas de laboratorio.

La alteración de la personalidad se puede observar como un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, que puede abarcar otras áreas importantes de la vida del individuo. Para obtener información, es necesario el reporte de las personas más cercanas al paciente.

Los rasgos que comúnmente se presentan en el cambio de personalidad son: inestabilidad afectiva, falta de control de los impulsos, crisis de agresividad o cólera desproporcionada a estímulos sociales desencadenantes, apatía e ideación paranoide.

El DSM-IV distingue los siguientes subtipos de personalidad, que pueden presentarse ante un cambio particular de personalidad y predominan en el cuadro clínico:⁷⁷

- Tipo lábil: el síntoma predominante es labilidad afectiva.
- Tipo desinhibido: se presenta, principalmente, descontrol de los impulsos, por ejemplo, desinhibición sexual.
- Tipo agresivo: el síntoma dominante es el comportamiento agresivo.
- Tipo apático: se presenta, en mayor medida, apatía o indiferencia acusadas.
- Tipo paranoide: el síntoma más identificable es la suspicacia o ideación paranoide.
- Otros tipos: Este subtipo debe usarse, por ejemplo, para un cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.
- Tipo Combinado: Se utiliza este subtipo cuando predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.
- Tipo no especificado.

Para la clasificación de este trastorno se debe anotar en el Eje I la especificación de la alteración, incluyendo el subtipo indicado de personalidad y la enfermedad médica que se considera la causa de la alteración (por ejemplo, F07.0 Cambio de la personalidad debido a lupus eritematoso sistémico, tipo paranoide [310.1]). Además, debe indicarse en el Eje III el código diagnóstico para la enfermedad médica (por ejemplo, Lupus eritematoso sistémico).⁷⁸

⁷⁷ F. T., Flores i. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 177.

⁷⁸ *Ibidem*. 178.

Entre las enfermedades neurológicas y médicas relacionadas con los cambios de personalidad se encuentran: neoplasias del sistema nervioso central, traumatismos craneales, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Huntington, epilepsia, enfermedades infecciosas con implicación del sistema nervioso central (por ejemplo, VIH), enfermedades endocrinas (entre ellas, hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticalismo) y enfermedades autoinmunes que afectan el sistema nervioso central (como el lupus eritematoso sistémico). Las enfermedades neurológicas o médicas implicadas se deben identificar mediante una meticulosa exploración física, de pruebas de laboratorio y patrones de prevalencia e inicio.⁷⁹

Es importante diferenciar el trastorno de cambio de personalidad debido a enfermedad médica de otros padecimientos, por ejemplo, enfermedades médicas crónicas asociadas al dolor y discapacidad, ya que ambas también pueden provocar cambios de personalidad. De la misma manera, los síntomas del cambio de la personalidad pueden estar asociados con algún tipo de demencia (por ejemplo, demencia tipo Alzheimer), delirium, algún otro trastorno mental debido a una enfermedad médica (ejemplo de ello es el trastorno del estado de ánimo debido a un tumor cerebral, con síntomas depresivos), dependencia a sustancias, otros trastornos mentales (entre ellos esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos del control de los impulsos no clasificados, trastorno de angustia) y, principalmente, trastorno de personalidad sin presencia de enfermedad médica.⁸⁰ Por lo tanto, no es adecuado realizar un diagnóstico de cambio de personalidad debido a enfermedad médica si el padecimiento se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, como los antes mencionados.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Escribe una historia clínica (creada por ti) de un paciente con trastorno de cambio de personalidad debido a una enfermedad médica.

⁷⁹ *Ibidem.*

⁸⁰ *Ibidem* p. 178.

2. Realiza un dibujo que represente cuatro subtipos de cambio personalidad.
3. Investiga y nombra una película que presente un caso similar a cambios de personalidad.

5.3 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

En esta categoría se establece una alteración mental provocada por los efectos orgánicos o fisiológicos directos de una enfermedad médica. Sin embargo, en este caso los síntomas de la alteración o trastorno mental no cumplen con los criterios para el diagnóstico de alguno de los trastornos antes mencionados.

Para la clasificación de estos trastornos debe incluirse el nombre de la enfermedad en el Eje I (por ejemplo, F09 Trastorno mental no especificado debido a enfermedad por VIH), y codificar también la enfermedad médica en el Eje III.⁸¹

⁸¹ *Ibidem*, p. 179.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de trastornos mentales como consecuencia de enfermedad médica?
2. Escribe mínimo cuatro trastornos mentales relacionados con enfermedad física.
3. Describe los síntomas del trastorno catatónico.
4. ¿Qué enfermedades pueden dar como resultado trastorno catatónico?
5. Describe las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad.
6. ¿Qué enfermedades neurológicas y médicas están relacionadas con los cambios de personalidad?
7. ¿Qué padecimientos ingresan al apartado de trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica?

Respuestas

1.
 - Demostración, mediante la historia clínica, exploración física y/o pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
 - Alteración que no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
 - Alteración que no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
2. Delirios, demencias, amnesia, psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño, de personalidad, y catatonía.
3. Algunos de los síntomas de la catatonía son los siguientes: inmovilidad motora (la cual se puede manifestar por cataplejía o falta de control del tono muscular y debilidad muscular); actividad motora excesiva sin ningún propósito aparente (y que no es influenciada por estímulos externos); negativismo extremo o mutismo, (que se puede presentar como resistencia a seguir instrucciones); movimientos voluntarios peculiares (éstos se manifiestan al aceptar de manera voluntaria posturas inapropiadas o por muecas

prominentes); ecolalia o ecopraxia, (la primera se expresa en la repetición patológica de palabras o frases sin sentido, justo después de haberlas oído de otra persona, la ecopraxia se refiere a la imitación repetitiva de movimientos de otra persona).

4. Las enfermedades médicas que pueden provocar la catatonía son varias: neoplasias, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular, encefalitis, entre otras. Entre las enfermedades metabólicas, pueden encontrarse: hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistonuria, diabetes cetoacidósica.

5. Las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad consisten en inestabilidad afectiva, falta de control de los impulsos, crisis de agresividad o de cólera desproporcionada ante estímulos sociales desencadenantes, apatía, ideación paranoide.

6. Entre las enfermedades neurológicas y médicas relacionadas con los cambios de personalidad se encuentran: neoplasias del sistema nervioso central, traumatismos craneales, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Huntington, epilepsia, enfermedades infecciosas con implicación del sistema nervioso central (por ejemplo, VIH), enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticalismo) y enfermedades autoinmunes que afectan el sistema nervioso central (como es el caso del lupus eritematoso sistémico).

7. Aquellos casos que no cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno mental específico debido a una enfermedad médica.

UNIDAD 6

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

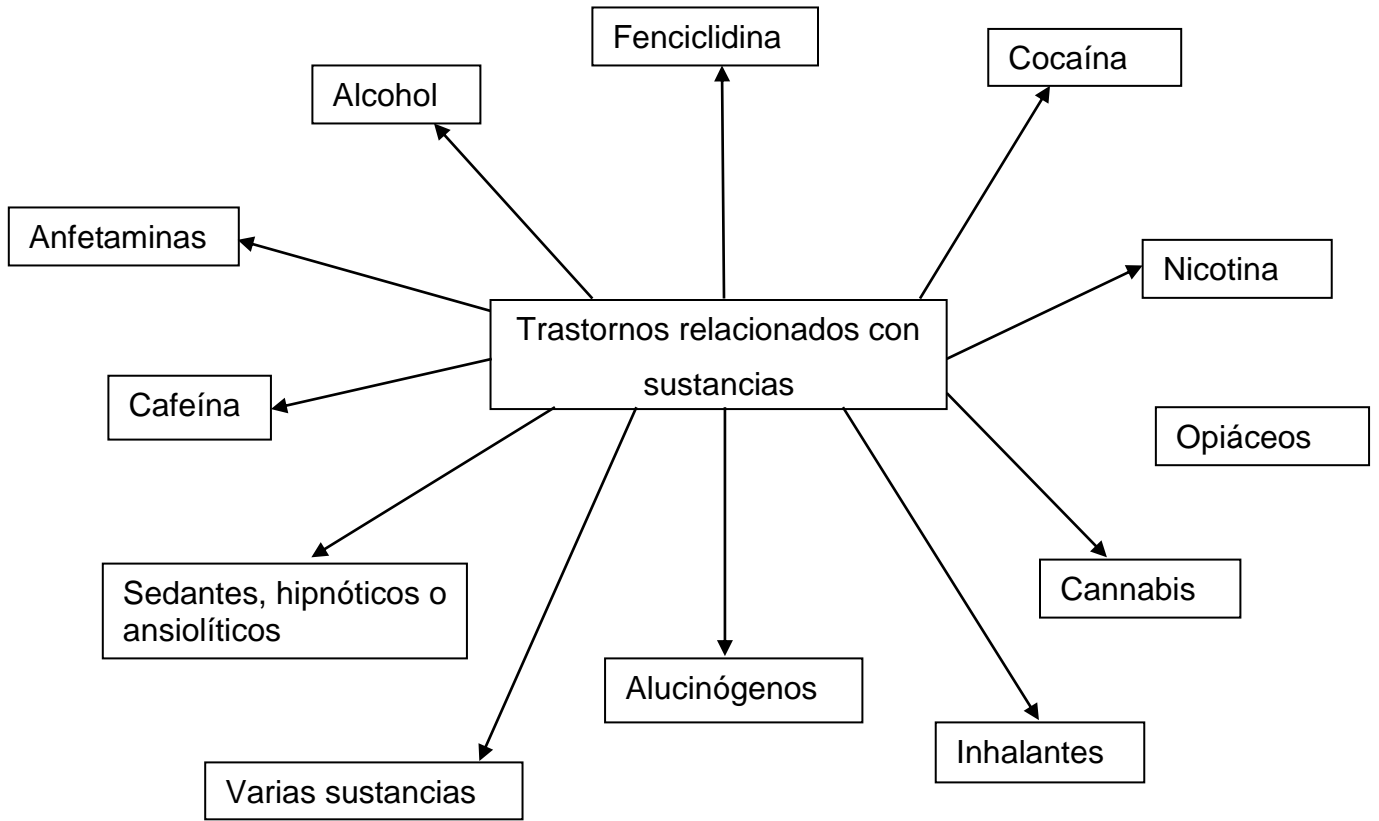
OBJETIVO

El estudiante conocerá los principales criterios para el diagnóstico de trastornos relacionados con el consumo de ciertas sustancias, así como las características de las patologías provocadas por diferentes drogas que se consumen comúnmente.

TEMARIO

- 6.1 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL
- 6.2 TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS
- 6.3 TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS
- 6.4 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CAFEÍNA
- 6.5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CANNABIS
- 6.6 TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA
- 6.7 TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA
- 6.8 TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES
- 6.9 TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA
- 6.10 TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS
- 6.11 TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS
- 6.12 TRASTORNOS RELACIONADOS CON VARIAS SUSTANCIAS

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

En esta unidad se aborda el tema de los trastornos relacionados con sustancias, según el criterio de diagnóstico del DSM-IV, que incluye las patologías relacionadas con la ingesta y el abuso de sustancias. Se presentan once clases de sustancias ordenadas de manera alfabética, entre las que se encuentran: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, feniciclidina (PCP), inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Aunque cada una provoca efectos particulares, algunas comparten propiedades, tal es el caso del alcohol y los sedantes, los hipnóticos y ansiolíticos.

Estos trastornos relacionados con sustancias, dentro de cada categoría, se dividen en dos grupos de trastornos: *a)* trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y *b)* trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, o por otros trastornos). En este tema se describirá con mayor detalle lo que es la dependencia, el abuso y la intoxicación.

Los principales rasgos de la dependencia por uso de sustancias se resumen en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo se encuentra consumiendo la sustancia. A pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con el consumo, se presentan las siguientes características que posibilitan el diagnóstico del trastorno: tolerancia, abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias (con excepción de la cafeína).⁸²

⁸² F. T. Flores I, *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, pp. 182-184.

El DSM-IV define la *dependencia* por la presencia de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento, en un período de 12 meses:⁸³

Criterio 1. Tolerancia, que es la necesidad de recurrir a cantidades cada vez mayores de la sustancia alcanzar el efecto deseado o la intoxicación, o un considerable decremento en los efectos de la sustancia por su uso continuo de las mismas dosis.

Criterio 2a. Abstinencia, que es un cambio de comportamiento desadaptativo, con consecuencias cognoscitivas y fisiológicas, las cuales tienen lugar cuando la concentración en la sangre de la sustancia decrementa en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Posterior a la aparición de desagradables síntomas de abstinencia, el individuo toma o consume la sustancia a lo largo del día con el fin de aliviarlos o de eliminarlos.

Criterio 2b. Estos síntomas varían de acuerdo a la sustancia.

Criterio 3. El sujeto lleva un patrón de uso compulsivo de la sustancia, consumiéndola en niveles mayores o durante un período mucho más prolongado de lo que pretendía.

Criterio 4. Historial previo de numerosos intentos fallidos por controlar o abandonar el consumo de la sustancia. Esto sólo se presenta en algunos casos.

Criterio 5. El sujeto dedica mucho tiempo a obtener la sustancia, a consumirla y a recuperarse de los efectos provocados por la misma.

Criterio 6. Se ven afectadas varias actividades cotidianas del individuo. Pueden abandonarse o reducirse actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.

Criterio 7. A pesar de reconocer las consecuencias que le provoca la sustancia tanto a nivel psicológico como fisiológico, la persona continúa consumiendo la sustancia.

Estos son los criterios más comúnmente encontrados para este tipo de pacientes. Sin embargo, el aspecto clave de la evaluación no es la existencia del problema, sino la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que le provoca.

El DSM-IV presenta especificaciones precisas sobre la presencia o ausencia de la tolerancia y la abstinencia, debido a su mayor relación con riesgos de problemas médicos inmediatos y una mayor frecuencia de recaídas.

⁸³ *Ibidem.*

Por lo tanto, ante la presencia de éstas declara: con dependencia fisiológica; y ante la ausencia: sin dependencia fisiológica.

La característica principal del *abuso de sustancias* consiste en un patrón dañino de consumo que provoca una serie de consecuencias adversas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido. Se puede observar incumplimiento de obligaciones importantes del individuo, consumo en situaciones que pueden ser peligrosas, problemas legales y constantes problemas interpersonales. Estos rasgos se pueden presentar repetidamente, a pesar de las consecuencias adversas, en un período de 12 meses.⁸⁴

El rasgo esencial de la *intoxicación por sustancias* es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión, así como cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos debidos a efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, que se presentan durante el consumo o poco tiempo después.- Los síntomas no son atribuibles a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental⁸⁵.

A continuación se presenta información de los trastornos mentales inducidos por las sustancias más conocidas, utilizadas por los individuos adictos. Es importante señalar que para realizar un análisis detallado y obtener más información sobre los criterios de diagnóstico es necesario acudir al Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.

⁸⁴ Flores I. F. T., *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 188.

⁸⁵ *Ibidem*, p.189.

6.1 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

El alcohol es una de las sustancias adictivas consumidas por gran parte de la población. Actualmente, el rango de edad de inicio del consumo parte de los 12 años. El consumo en los adultos jóvenes aumenta, por lo que esta etapa es en la que se es susceptible de convertirse en adicto. Las causas de que un consumo moderado se convierta en un trastorno por consumo excesivo, son variadas, incluyendo factores genéticos, psicológicos y sociales, principalmente.

Se ha encontrado una gran relación entre padres con este padecimiento e hijos con la misma predisposición a ser alcohólicos. Del mismo modo, en todos los trastornos relacionados con dependencia a alguna sustancia se encuentran factores psicológicos íntimamente relacionados (como rasgos de personalidad depresiva y/o ansiosa). Los factores sociales, incluyendo el ambiente o contexto en el que el individuo se desenvuelve, son factores detonantes para el inicio del consumo del alcohol o de cualquier otra sustancia. Generalmente, el alcoholismo se inicia y se mantiene en cierto tipo de contexto, en el que las personas que rodean al individuo refuerzan este tipo de conducta. Estos tres factores pueden interactuar entre sí para detonar y mantener este trastorno. En la práctica clínica es importante detectar el área de mayor influencia, sobre el individuo y su habitual consumo, y así poder abordar el problema e iniciar el tratamiento de manera óptima.⁸⁶

Entre las consecuencias del alcoholismo se pueden mencionar problemas físicos (cirrosis), psicológicos (depresión), interpersonales (maritales y familiares), ocupacionales con (la pérdida de empleo) y hasta legales.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la presencia de tolerancia o de síntomas de abstinencia.

Con la abstinencia del alcohol se observa la aparición de síntomas aproximadamente 12 horas posterior a la disminución de la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Se acompaña de síntomas fisiológicos, cómo: sudoración o pulsaciones elevadas, temblor de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones, ilusiones, ansiedad, agitación

⁸⁶ Flores I. F. T., *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 201.

motora, y en ocasiones, crisis epilépticas. Estos síntomas se alivian, generalmente, con la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central.

Las secuelas del abuso de drogas y alcohol son muy fuertes y originan un mayor abuso, dependencia posterior y consecuencias adicionales por la abstinencia. Así continúa el ciclo.

Los trastornos provocados por el alcohol, además de intoxicación y abstinencia, se describen otras las secciones del manual DSM-IV.

A continuación se presentan los trastornos inducidos por el consumo de alcohol.

Trastornos relacionados con el alcohol.⁸⁷

Trastornos por consumo de alcohol.

F10.2x Dependencia del alcohol.

F10.1 Abuso de alcohol (305.00).

Trastornos inducidos por el alcohol.

F10.0 Intoxicación por alcohol.

0

F10.3 Abstinencia de alcohol.

F10.0 Delirium por intoxicación por alcohol.

3

F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol.

F10.7 Demencia persistente inducida por el alcohol.

3

F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol.

F10.5 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes.

1

F10.5 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones.

2

⁸⁷ Cfr. DSM-IV

- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.
- F10.8 Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol.
- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol.
- F10.8 Trastorno de sueño inducido por alcohol.
- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Los sujetos que presentan las secuelas de este trastorno comienzan a involucrar el consumo de alcohol en actividades cotidianas como la escuela y el trabajo, disminuyendo su rendimiento. En situaciones peligrosas, el sujeto puede continuar bebiendo; por ejemplo, al manejar maquinaria pesada, o conducir bajo el consumo del alcohol. Si estos problemas se acompañan de tolerancia, abstinencia o conductas compulsivas, se considera clínicamente dependencia alcohólica más que abuso del alcohol.

En un estado de intoxicación, el sujeto presenta cambios psicológicos y conductas desadaptativas, agresividad, labilidad emocional, deterioro en la capacidad de juicio, lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención, deterioro de la actividad laboral o social, que aparece durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol.

El consumo de esta sustancia generalmente se asocia con el abuso y la dependencia de otras sustancias, de las que se hablará más adelante. Por lo tanto, es importante conocer más claramente las especificaciones y características del consumo de otras sustancias y manifestaciones de otros trastornos.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo de las tres principales características de los trastornos producidos por consumo de sustancias: dependencia, abstinencia, intoxicación.
2. Describe un caso clínico, ficticio, con las características de un paciente que padezca trastorno por abuso de alcohol.

3. Escribe un ensayo sobre los factores sociales que promueven el consumo del alcohol.
4. Representa, por medio de esquemas, los síntomas psicológicos que se presentan en un estado de intoxicación.

6.2 TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS

Dentro de la familia de drogas de los alucinógenos se encuentran: Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), Dietiltriptamina (DET), Dimetiltriptamina (DMT), Psilocina, Psilocibina, Mescalina, MDMA, “Éxtasis”, 4-bromo-2,5-dimetilendioxianfetamina (DOB), 4-metil-2,5-dimetoxianfetamina (DOM), 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), metilendioxianfetamina (MMDA), N-etil-3,4-metilendioxianfetamina (MDE).⁸⁸

Estas sustancias habitualmente se consumen por vía oral, aunque la DMT se fuma o se administra vía intravenosa.

Trastornos relacionados con alucinógenos⁸⁹

Trastorno por consumo de alucinógenos

F16.2 Dependencia de alucinógenos

x

F16.1 Abuso de alucinógenos

Trastornos inducidos por alucinógenos

F16.0 Intoxicación por alucinógenos

0

F16.7 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks)

0

F16.0 Delirium por intoxicación por alucinógenos

3

F16.5 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes

⁸⁸ Goldman H.H., *Psiquiatría general*, p. 212.

⁸⁹ Cfr. DSM-IV

1

F16.5 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones

2

F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos

F16.8 Trastorno del estado de ansiedad inducido por alucinógenos

F16.9 Trastorno relacionado con el alucinógenos no especificado

Solamente algunos criterios para la dependencia son aplicables al consumo de alucinógenos. La tolerancia se presenta rápidamente para efectos euforizantes y psicodélicos pero no para los efectos físicos o autónomos como dilatación pupilar, hiperreflexia, aumento de la temperatura corporal, piloerección y taquicardia. Por lo que respecta a la abstinencia, no se ha demostrado la presencia de ésta, aunque se conocen informes de “necesidad irresistible” luego de interrumpir el consumo los alucinógenos. La vida de duración del efecto de estas sustancias es larga como prolongada es su duración. Por esta razón, los individuos con dependencia acostumbran pasar horas utilizando los alucinógenos y recuperándose de sus efectos. En situación de dependencia, los sujetos siguen consumiendo la sustancia, a pesar de los efectos adversos que se presentan, principalmente, el deterioro de la memoria durante la intoxicación y “malos viajes” (que normalmente son efectos o reacciones de pánico o *flashbacks*).⁹⁰

En la intoxicación por el consumo de alucinógenos se observan cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos; entre ellos: ansiedad o depresión perceptible, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio y deterioro de la actividad social o laboral. Estos signos aparecen durante el consumo de los alucinógenos, o poco tiempo después y se acompañan de un estado de vigilia y alerta totales. Para el diagnóstico de intoxicación por alucinógenos se requiere

⁹⁰ Flores I. F. T., *DSM-IV TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, p. 213.

la presencia de dos o más de los siguientes signos fisiológicos como: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores y falta de coordinación. Generalmente, la intoxicación por alucinógenos comienza con algunos efectos estimulantes como inquietud y activación autonómica. Pueden aparecer náuseas. Posteriormente, sigue una secuencia de experiencias, con síntomas más o menos intensos según la dosis. Un sentimiento de euforia que se alterna con depresión y ansiedad, puede aparecer rápidamente. Se presentan ilusiones visuales o aumento de experiencias sensoriales que pueden provocar alucinaciones.

El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos o *flashbacks* es la recurrencia transitoria de alteraciones de la percepción que son producto de intoxicaciones por alucinógenos experimentadas previamente. Una de las características es que el individuo no está bajo una intoxicación por consumo previo de alucinógenos, ni de otra droga. Esta recurrencia de síntomas perceptivos puede provocar malestares clínicos o deterioros sociales, laborales o de otras áreas de la actividad del sujeto. Las alteraciones perceptivas incluyen formas geométricas, imágenes de campo periférico, *flashes* de color, colores intensificados, imágenes que quedan suspendidas cuando están en movimiento, percepciones de objetos enteros, postimágenes, macropsia y micropsia (ver los objetos más grandes o pequeños de lo que son). Estas percepciones anormales, producto del consumo de alguna sustancia alucinógena, suceden por episodios y pueden ser autoinducidas, es decir, pensando en ellas o desencadenadas por la entrada en un entorno oscuro, ansiedad, fatiga y otros factores estresantes. Después de varios meses pueden disminuir los episodios, pero algunas personas experimentan episodios persistentes durante 5 años o más. A pesar de todos los síntomas que se presentan, el juicio de la realidad se mantiene intacto, por lo que el individuo reconoce que los cambios en la percepción son efecto de la droga y que no es algo real.

Entre otros trastornos inducidos por alucinógenos, se encuentran: delirium por intoxicación de alucinógenos, trastorno psicótico, trastorno del

estado de ánimo y trastorno de ansiedad, cualquiera de éstos inducidos por alucinógenos. Estos se diagnostican en lugar de intoxicación por alucinógenos, sólo cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación y cuando son de considerable gravedad como para merecer atención clínica independiente.

La categoría de trastorno relacionado con alucinógenos no especificado, se refiere a los trastornos asociados con el consumo de alucinógenos que no son clasificables, como son: dependencia, abuso, trastorno perceptivo persistente, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad, cualquiera de los anteriores provocados por el consumo de alucinógenos.

6.3 TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS

Las anfetaminas junto con la nicotina, La cocaína, el metilfenidato, la fenmetracina y la cafeína forman parte de la familia de los estimulantes. Los dos con mayor uso son la nicotina y la cafeína; de los que más se abusa son la cocaína, y de los estimulantes sintéticos como las anfetaminas y los anfetamínicos.

La mayoría de las sustancias antes mencionadas tienen un importante valor medicinal, de esta manera son usadas de manera legal. En el caso de las anfetaminas están aprobadas para su uso para el tratamiento de trastornos del sueño, como la narcolepsia; la hipercinesia; control de la dieta a corto plazo; como tratamiento a corto plazo de la depresión, principalmente en adultos mayores.⁹¹

La forma de consumo más común es por vía oral, aunque también puede ser usada vía intravenosa e incluso fumar la sustancia o introducirla por la nariz. Dentro de los efectos inmediatos de esta sustancia se encuentran: aumento del estado de alerta, de la energía, de la autoconfianza, reducción del hambre, cansancio y del aburrimiento. El consumo en grandes cantidades y cuando ya es considerado un trastorno, se presenta un deterioro general de la

⁹¹ Goldman H.H., *Psiquiatría general*, p. 265.

salud debido a la disminución del apetito y sueño, se pueden presentar delirios, pánico, agresividad, trastornos emocionales, alucinaciones y sentimientos de persecución. A largo plazo se puede presentar dependencia psicológica y física.⁹²

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)⁹³

Trastornos por consumo de anfetamina

F15.2 Dependencia de anfetamina

x

F15.1 Abuso de anfetamina

Trastornos inducidos por anfetamina

F15.0 Intoxicación por anfetamina

0

F15.0 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas

4

F15.3 Abstinencia de anfetamina

F15.0 Delirium por intoxicación por anfetamina

3

F15.5 Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con ideas delirantes

1

F15.5 Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con alucinaciones

2

F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina

F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina

F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina

F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina

F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado

⁹² Información disponible en <http://www.d-lamente.org/sustancias/anfetaminas.htm>

⁹³ Cfr. DSM-IV.

En cuanto a la dependencia de las anfetaminas, su consumo puede ser crónico o episódico. Pueden presentarse atracones con breves episodios libres de la sustancia. El comportamiento agresivo o violento se asocia con la dependencia y el abuso de anfetamina, especialmente cuando se fuma en grandes dosis o se administra vía intravenosa. Además, es habitual la ansiedad intensa pero temporal, como también la ideación paranoide y episodios psicóticos similares a la esquizofrenia de tipo paranoide.

La intoxicación por anfetaminas comienza generalmente con una sensación de bienestar, seguida por la aparición de euforia y de más vigor; es igualmente común la tendencia al contacto social, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, locuacidad, ansiedad, violencia y deterioro de juicio. En caso de intoxicación crónica, puede haber embotamiento afectivo con fatiga o tristeza y retraimiento social. Estos cambios psicológicos y de comportamiento se presentan con dos o más de los siguientes signos y síntomas físicos: taquicardia o bradicardia; dilatación pupilar; elevación o disminución de la tensión arterial; sudoración o escalofríos; náuseas o vómitos; pérdida de peso observable; agitación o retraso psicomotores; debilidad muscular; depresión respiratoria, dolores en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis, discinesias (movimientos anormales involuntarios), distonías (posturas anormales) o coma. Los síntomas de la intoxicación por esta sustancia, se asocian con el deterioro de la actividad laboral o social.

El síndrome de abstinencia inducido por el consumo de anfetaminas se caracteriza por humor disfórico, y dos o más de los siguientes síntomas físicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnias, apetito incrementado y retraso o agitación motora. Estos síntomas se presentan generalmente tras un episodio de consumo intenso de dosis altas (atacón).

Este trastorno tiene sus propias particularidades: síntomas dependientes de la cultura, la edad, el sexo y características individuales del sujeto, así como diversas formas de obtención de la sustancia. Para dar un diagnóstico preciso se deben conocer las especificaciones de consumo de otras sustancias y las

características de ciertos trastornos mentales, para de este modo diferenciar ambas.

6.4 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CAFEÍNA

La cafeína es una sustancia estimulante que se consume de diversas maneras: con el café, chocolate, refrescos y medicamentos, principalmente. Algunos individuos que beben grandes cantidades de café muestran algunas características de dependencia a esta sustancia; entre ellas, tolerancia y en ocasiones, abstinencia.

Dentro de los trastornos inducidos por esta sustancia, el DSM-IV, clasifica los siguientes:

Trastornos relacionados con cafeína⁹⁴

Trastornos inducidos por cafeína.

- F15.0 Intoxicación por cafeína.
- 0
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína.
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína.
- F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado.

Durante la intoxicación por cafeína las principales características que se presentan son: inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, ruborización facial, diuresis y problemas digestivos. Los síntomas aparecen con niveles de más de 1 g por día; incluyen contracciones musculares y agitación psicomotora. Se observa desarrollo de tolerancia. La presencia de los síntomas puede causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral o social, o de otras áreas de la vida del sujeto. Los síntomas no se presentan ante una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

⁹⁴ Cfr. DSM-IV.

En ocasiones se presentan alteraciones sensoriales moderadas (por ejemplo, sonido de timbres y flashes de luz) en dosis muy altas. El consumo en exceso de la cafeína se asocia con trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, psicóticos, del sueño y trastornos relacionados con sustancias, de modo que es preferible evitar tomar la sustancia en los sujetos con trastorno de ansiedad.

La duración del efecto de la cafeína es de 2-6 horas, de manera que la mayoría de los síntomas de intoxicación suelen durar entre 6-16 horas posterior a su consumo. La intoxicación por cafeína suele presentarse con mayor frecuencia en personas que no suelen ingerir cafeína con frecuencia o que incrementaron esporádicamente el consumo de la cafeína en cantidades considerables.

Es importante diferenciar el trastorno relacionado con cafeína de otros desórdenes mentales, emocionales o vinculados con el consumo de alguna otra sustancia.

6.5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CANNABIS

Los cannabinoides son sustancias derivadas de las hojas y los tallos de la planta *Cannabis*. Cuando es preparada como cigarrillo, recibe el nombre de marihuana. El *hashish* es el exudado de resina seca que se extrae por filtración de la parte superior de la planta y de la cara inferior de las hojas; el aceite de *hashish* es un concentrado destilado del mismo. Por lo tanto, las sustancias derivadas del cannabis pueden ser fumadas, consumidas por vía oral y, a veces, mezcladas con té o comida.

Las categorías de clasificación del DSM-IV son los siguientes:

Trastornos relacionados con el *Cannabis*

Trastornos por consumo de *Cannabis*

F12.2 Dependencia de cannabis.

x

F12.1 Abuso de cannabis.

Trastornos inducidos por Cannabis

F12.0 Intoxicación por cannabis.

0

F12.0 Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas.

4

F12.0 Delirium por intoxicación por cannabis.

3

F12.5 Trastorno psicótico inducido por cannabis: con ideas delirantes.

1

F12.5 Trastorno psicótico inducido por cannabis: con alucinaciones.

2

F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

F12.9 Trastorno relacionado con cannabis no especificado.

Los individuos que experimentan dependencia a estas sustancias presentan un consumo compulsivo y, en general, no desarrollan dependencia fisiológica, aunque se observa una mayor tolerancia a muchos de sus efectos. De igual manera se han observado síntomas de abstinencia, aunque sin significación clínica. Los sujetos con dependencia pueden consumir constantemente a pesar de reconocer las consecuencias físicas. Su abuso se detecta cuando el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de interferir en sus actividades cotidianas, laborales, escolares y ponerlo en peligro.

La principal característica de la intoxicación es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales clínicamente significativos que se presentan tiempo después del consumo. Se inicia típicamente con una sensación de bienestar, seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas y impresiones de grandiosidad, sedación, letargo, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo actividades o procesos mentales complejos, afectación en la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. Cuando los cannabinoides son consumidos en altos

niveles, los efectos psicoactivos que se presentan son muy parecidos a los que se producen ante la presencia de algún alucinógeno.

La dependencia y abuso de estas sustancias se presentan, generalmente, al cabo de un período, y muestran un patrón de consumo crónico que aumenta gradualmente, tanto en frecuencia como en cantidad.

Se debe diferenciar el consumo de esta sustancia de otros trastornos mentales o síntomas ocasionados por alguna otra sustancia que ha sido ingerida.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza una lista de la familia de las drogas alucinógenas.
2. Esquematiza los síntomas que se presentan por intoxicación de los alucinógenos: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.
3. Realiza un cuadro comparativo con los cambios psicológicos y físicos de la intoxicación por anfetaminas.
4. Describe qué es lo que caracteriza a una persona con intoxicación por cafeína.
5. Enlista las principales características psicológicas de la intoxicación por *Cannabis*.

6.6 TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA

Derivada de la planta de coca, la cocaína es una de las sustancias estimulantes de las que se abusa con mayor frecuencia. La vía de administración de cocaína puede ser por insuflación nasal, fumar de la base libre de cocaína “crack” o “ice”, o en inyección. Tiene diversas preparaciones para su consumo: hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína y alcaloide de cocaína.

De manera inmediata y en grandes cantidades provoca euforia, lo que puede provocar dependencia al consumo de la cocaína. Las personas con dependencia, suelen perder mucho dinero en un espacio breve de tiempo para la obtención de esta droga, hasta llegar a robar, prostituirse y negocios ilegales

para comprar la sustancia. Las complicaciones físicas y psicológicas son notorias como: ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia se presenta en el consumo repetido, en función de la vía de administración. El abuso de ésta en grandes dosis puede provocar compulsión, pérdida de control y consumo sostenido a pesar de las consecuencias adversas, convirtiéndose fácilmente en adicción.

El DSM-IV identifica la derivación de las siguientes categorías de los trastornos relacionados con el consumo de esta sustancia:

Trastornos relacionados con cocaína

Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x Dependencia de cocaína.

F14.1 Abuso de cocaína.

Trastornos inducidos por cocaína

F14.00 Intoxicación por cocaína.

F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.

F14.3 Abstinencia de cocaína.

F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína.

F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes.

F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones.

F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.

F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.

F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína.

F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína.

F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

Algunos de los criterios para el diagnóstico de la intoxicación por cocaína son observables como cambios psicológicos o comportamentales

desadaptativos significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de la sustancia. La intoxicación comienza, generalmente, como una sensación de euforia, que incluye uno o más de los siguientes síntomas: euforia con incremento de sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, hipervigilancia, entre otros. Entre los síntomas físicos, se incluyen: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, por citar sólo algunos. Es importante señalar que la intoxicación grave suele producir deterioro en la actividad social o laboral, además de conducir a un estado de coma.

El síndrome de abstinencia que se presenta en este trastorno incluye presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito, retraso o agitación psicomotora.

Las consecuencias por el consumo constante de esta sustancia son diversas y dependen de las cantidades ingeridas y de las características individuales del sujeto. Hay que tener en cuenta que los subtipos de trastornos derivados por el consumo de esta sustancia son diversos y cada uno tiene sus distintas características, que hay que tener en cuenta para su detección.

6.7 TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA

La fenciclidina o PCP, forma parte de la familia de los alucinógenos, es una droga utilizada para experiencias que “alteran la mente”. Estas sustancias fueron desarrolladas como anestésicos y posteriormente fueron usadas como drogas de fácil acceso en la calle en los años sesenta. Se pueden tomar por vía oral, intravenosa o se fuman. Hay varios tipos de fenciclidina (por ejemplo: ketamina), pero la PCP, es la de mayor consumo, conocida también como *polvo de ángel* y *píldora de la paz*. Tiene una alta toxicidad crónica que provoca en el consumidor reacciones alternadas entre coma y violencia. Los pacientes que llegan a experimentar toxicidad aguda presentan síntomas de paranoia,

trastornos del pensamiento, negativismo, hostilidad e imagen corporal muy alterada o, como se comentó anteriormente, conducta agresiva y antisocial.⁹⁵

La clasificación del DSM-IV de los trastornos relacionados con esta sustancia se presenta en el siguiente cuadro:

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)

Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2 Dependencia de fenciclidina.

x

F19.1 Abuso de fenciclidina.

Trastornos inducidos por fenciclidina

F19.0 Intoxicación por fenciclidina.

0

F19.0 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas.

4

F19.0 Delirium por intoxicación por fenciclidina.

3

F19.5 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes.

1

F19.5 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con alucinaciones.

2

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina.

F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina.

F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.

Algunos de los criterios para la dependencia de sustancias no se aplican a la fenciclidina. Además no se han demostrado claramente ni síntomas de tolerancia ni de abstinencia en seres humanos. La obtención de esta sustancia no suele ser difícil y los individuos suelen fumarla dos o tres veces al día,

⁹⁵ H.H. Goldman, *Psiquiatría general*, p. 264.

dedicando una buena parte de tiempo al consumo y experimentación de sus efectos.

En dosis bajas esta sustancia produce vértigo, ataxia, nistagmo, hipertensión arterial leve, movimientos involuntarios anormales, lenguaje farfullante, náuseas, debilidad, enlentecimiento de los tiempos de reacción, euforia o afectividad embotada, locuacidad y pérdida de intereses. En dosis medias aparece pensamiento desorganizado, cambios sensoperceptivos y de percepción de la imagen corporal, despersonalización y sensaciones de irrealidad. En dosis más altas, se produce amnesia y coma, con analgesia suficiente para una cirugía, mientras que en las crisis con depresión respiratoria aparecen tras el consumo de dosis extremas. Los efectos se inician casi inmediatamente después de la dosis intravenosa o transpulmonar, y alcanzan su máximo al cabo de dos horas de la administración oral. Las intoxicaciones más leves se caracterizan por efectos que duran entre ocho y 20 horas, mientras que las intoxicaciones graves pueden persistir durante varios días.

De igual manera, por sus características debe identificarse de la manera más concreta posible para diferenciarla de otros trastornos por consumo de sustancias, de personalidad, emocionales, u otros.

6.8 TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES

Entre de los inhalantes más conocidos por su alto nivel de consumo en personas de bajo nivel económico, se encuentran: pegamento, gasolina, solventes, líquidos correctores, anestésicos y diluyentes de pintura.⁹⁶ Hay una gran variedad de posibilidades para el consumo de estas sustancias. De éstos, los que se inhalan contienen una gran cantidad de componentes que producen efectos psicoactivos; a menudo es difícil detectar cuál es la sustancia exacta responsable del trastorno. Existe una gran variedad de métodos para inhalar los vapores intoxicantes. Por lo general se usa un trapo empapado con la sustancia que se coloca en la boca y nariz; así se aspiran los vapores. También se

⁹⁶ Goldman H.H. *Psiquiatría general*, p. 268.

deposita el inhalante en un papel o bolsa de plástico para que los gases penetren. Éstas son algunas formas de administración de la sustancia activa.

El DSM-IV clasifica estos trastornos de la siguiente manera:

Trastornos relacionados con inhalantes

Trastornos por consumo de inhalantes

F18.2 Dependencia de inhalantes.

x

F18.1 Abuso de inhalantes.

Trastornos inducidos por inhalantes

F18.0 Intoxicación por inhalantes.

0

F18.0 Delirium por intoxicación por inhalantes.

3

F18.7 Demencia persistente inducida por inhalantes.

3

F18.5 Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes.

1

F18.5 Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con alucinaciones.

2

F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes.

F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes.

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

No todos los criterios antes mencionados y que se refieren a las consecuencias son aplicables a este trastorno: mientras que otros son más evidentes incluso si se desconocen sus características clínicas y su prevalencia.

Se presenta un síndrome de abstinencia que inicia entre las 24 y 48 horas después de consumir la sustancia, y tiene una duración de dos a cinco días. Los síntomas son sueño, irritabilidad, temblor, pérdida de coordinación, náuseas e ilusiones. Entre las secuelas físicas se pueden mencionar afecciones

hepáticas o lesiones del sistema nervioso. Los efectos psicológicos son principalmente de tipo emocional, como la presencia de depresión grave.

La intoxicación por inhalantes se caracteriza principalmente por la presencia de cambios psicológicos y comportamiento desadaptativo: beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, de la actividad social o laboral, que aparecen durante o después del consumo o de un breve tiempo de exposición de altas dosis. El sujeto intoxicado puede presentar mareos, alteraciones visuales, auditivas o táctiles, nistagmo, falta de coordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, temblores y euforia. En dosis mayores se puede provocar letargia y retraso psicomotor, así como decremento del control muscular, afectación de los reflejos, estupor o coma.

Los factores que predisponen al individuo al consumo de estas sustancias son principalmente sociales, culturales, de edad y sexo. Por su bajo costo y alta facilidad de obtención, el consumo de inhalantes se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y niños, que habitan en áreas marginadas, de bajo nivel socioeconómico. El consumo es más frecuente en varones y menos en adultos mayores de 35 años. En algunas ocasiones se presenta dependencia en trabajadores industriales que se exponen constantemente a inhalantes.

Es importante conocer los efectos de estas sustancias para poder diferenciarlos de otras sustancias o trastornos mentales.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo de la tolerancia, abuso y abstinencia del consumo de la cocaína.
2. Describe cómo diferenciar la intoxicación por fenciclidina en dosis leves, medias y altas.
3. Enlista los cambios psicológicos del paciente con intoxicación por inhalantes.

6.9 TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA

La nicotina es una sustancia que se consume principalmente en tabaco, ya sea en cigarrillos, polvo, pipa o puros. También se encuentra en algunos tratamientos como parches y chicles de nicotina.

El DSM-IV identifica los siguientes trastornos relacionados con la nicotina:

Trastornos relacionados con la nicotina

Trastornos por consumo de nicotina

F17.2 Dependencia de nicotina.

x

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina.

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

La tolerancia a la nicotina se expresa por la disminución de efectos de la misma, por ejemplo: ausencia de náuseas, mareos, entre otros. La abstinencia se observa ante la interrupción del consumo de ésta, después de uso diario durante largos períodos. Entre los síntomas que se presentan se encuentra: estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño (insomnio), irritabilidad, frustración, ansiedad, dificultad de concentración, impaciencia, disminución de frecuencia cardíaca, aumento de peso. Estos síntomas generan deterioro laboral y social significativo, así como en otras áreas de la vida del individuo.

La rapidez de los efectos de la nicotina conlleva a un patrón de intenso hábito difícil de dejar, debido a su rapidez, lo que induce a una alta posibilidad de dependencia, a pesar de los efectos adversos sobre la salud física. Las características más frecuentes de un individuo dependiente de nicotina son: aliento a tabaco, tos, existencia de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y piel muy arrugada; además pueden aparecer manchas de tabaco en los dedos, provocando riesgo de enfermedades cardiovasculares y

cerebrovasculares, cáncer, úlceras, complicaciones maternas, fetales, entre otros.

Los efectos son en mayor medida a largo plazo, por lo que los individuos no aceptan fácilmente buscar tratamientos para evitar las consecuencias sobre la salud, laborales y sociales.

6.10 TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS

Los opiáceos se utilizan como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos. Entre los opiáceos y opiodes se encuentran: la codeína, heroína, L-acetilmotadol, metadona, morfina, opio, análogos de fentanil, hidromorfona, meperidina, hidrocodona, clorhidrato de propoxifeno.⁹⁷ Dentro de los opiáceos naturales se incluye la morfina, los demás son sintéticos o semisintéticos (por ejemplo, la heroína), de acción similar a la morfina. La sustancia de la que más se abusa de este grupo es la heroína, utilizada generalmente vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse cuando es muy pura.

Los trastornos relacionados con el consumo de opiáceos citados en el DSM-IV son:

Trastornos relacionados con opiáceos

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2 Dependencia de opiáceos.

x

F11.1 Abuso de opiáceos.

Trastornos inducidos por opiáceos

F11.0 Intoxicación por opiáceos.

0

F11.0 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas.

4

F11.3 Abstinencia de opiáceos.

⁹⁷ Goldman H.H. *Psiquiatría general*, p. 269.

- F11.0 Delirium por intoxicación por opiáceos.
3
- F11.5 Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes.
1
- F11.5 Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con alucinaciones.
2
- F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos.
- F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos.
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos.
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

Los criterios para el diagnóstico de la dependencia de los opiáceos incluyen altos niveles de tolerancia y experimentación de abstinencia con la interrupción brusca de su consumo. Otros síntomas se reflejan en cambios desadaptativos del comportamiento, compulsividad y prolongada autoadministración de opiáceos consumidos sin prescripción médica. La intoxicación se detecta a través de reacciones físicas como la contracción pupilar, que se acompaña de uno o más de los siguientes signos: somnolencia, coma, lenguaje furfullante, disartria y disminución de la memoria y de la atención. Además de ser posible la aparición de problemas de atención a su entorno, incluso ignorar estímulos que pueden ser peligrosos.

En el consumo excesivo de estas sustancias pueden presentarse alucinaciones con juicio de realidad intacto, ilusiones sensoriales (auditivas, visuales o táctiles, principalmente) y juicio de realidad intacto. Estos síntomas aparecen en ausencia de delirium.

Una de las características principales de la abstinencia de opiáceos es la presencia de un síndrome característico que se presenta tras la interrupción de un consumo abundante y prolongado de opiáceos. Se caracterizan por síntomas subjetivos que consisten en ansiedad, inquietud y sensación de dolor que con frecuencia se encuentran en la espalda y piernas, junto con la

necesidad irresistible de obtener opiáceos y una conducta de búsqueda de la droga, irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor.

La mayoría de las personas dependientes a la heroína presentan síntomas de abstinencia entre las seis y las 24 horas, después de la última dosis. Los signos crónicos de la abstinencia de consumo de opiáceos incluyen: ansiedad disforia, anhedonía, insomnio y anhelo de droga.

6.11 TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

Las sustancias que se incluyen dentro de esta categoría conforman una amplia variedad de tipos que difieren notablemente en sus propiedades físicas y químicas pero comparten la característica común de causar depresión generalizada del sistema nervioso central. Los fármacos que se encuentran en este grupo son sedantes hipnóticos (por ejemplo, barbitúricos) y fármacos contra la ansiedad (por ejemplo, benzodiacepinas).⁹⁸

Entre los sedantes se encuentran los barbitúricos, como: butabarbital, butalbital pentobarbital, secobarbital. Semejantes a los barbitúricos son glutemida, meprobamato. Hidrato cloral. Metacualona. Las benzodiacepinas, incluyen: alprazolam, clordiazepóxido, diazepam, lorazepam y triazolam.⁹⁹ El uso de estas sustancias se comienza como tratamiento bajo prescripción médica, aunque algunos sujetos pueden llegar a abusar de su uso.

El DSM-IV clasifica los trastornos relacionados con el consumo de estas sustancias de la siguiente manera:

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.2 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

x

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.0 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

0

⁹⁸ H.H Goldman. *Psiquiatría general*, p. 265.

⁹⁹ *Ibidem*.

- F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F13.0 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
3
- F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F13.7 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
3
- F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o
 ansiolíticos.
- F13.5 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con
1 ideas delirantes.
- F13.5 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con
2 alucinaciones.
- F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o
 ansiolíticos.
- F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F11.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F11.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no
 especificado.

La dependencia a estas sustancias se expresa de manera más significativa a nivel fisiológico, tanto por lo que toca a la tolerancia como por lo que corresponde la abstinencia. El abuso del consumo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede asemejarse al consumo de otras sustancias, como la cocaína, anfetaminas o alcohol. Los individuos dejan de cumplir con sus responsabilidades laborales o escolares y presentan problemáticas sociales, comenzando por la relación con su familia.

En cuanto a la intoxicación provocada por el consumo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los síntomas que se presentan son principalmente fisiológicos o de comportamiento desadaptativo: entre ellos pueden mencionarse comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad

emocional, falta de capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social, signos que aparecen durante o posterior al consumo de la sustancia. Además, debido a su efecto depresor del sistema nervioso, los síntomas se acompañan de marcha inestable, nistagmo, problemas de memoria o atención y lenguaje farfullante.

En cuanto al síndrome de abstinencia producido por estas sustancias, se presenta después del cese o disminución del consumo al cabo de algunas semanas de su uso constante. Los síntomas que se presentan incluye hiperactividad autonómica, por ejemplo: aumento de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria, de la tensión arterial, de temperatura y sudoración; temblor de manos, ansiedad y náuseas que se acompañan a veces de vómitos, y agitación psicomotora. En abstinencia crónica se pueden presentar alucinaciones visuales, táctiles, auditivas o ilusiones. El diagnóstico se realiza ante la presencia de dos o más de los síntomas citados y si éstos provocan incapacidad para el desarrollo laboral o social del individuo.

Los medicamentos suelen tardar en actuar 10 horas o menos, como el loracepam, oxacepam y temacepam, producen síntomas de abstinencia a las 6-8 horas de la disminución de sus niveles plasmáticos, alcanzando mayor intensidad al segundo día y presentando mejorías al cuarto o quinto día; para las sustancias que cuentan con una vida media más prolongada, como el diazepam, los síntomas no aparecen hasta transcurrida más de una semana, llegando a su máximo nivel de intensidad a la segunda semana y disminuyendo en intensidad hasta la tercera o cuarta semana.

Es importante conocer el curso de acción de estas sustancias, para poder diferenciar los trastornos provocados por su consumo no prescrito de los trastornos que son causa de su prescripción.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Describa físicamente un individuo que conozca que padezca dependencia a la nicotina.
2. Enliste las sustancias que forman parte de la familia de los opiáceos.

3. Describa los síntomas producidos por el consumo de hipnóticos, sedantes y ansiolíticos.

6.12 TRASTORNOS RELACIONADOS CON VARIAS SUSTANCIAS

Existen casos en los que se presentan características de dependencia, de abuso y de intoxicación de sustancias; sin embargo, no se pueden detectar exactamente las causas de tales síntomas. Algunas veces, el trastorno es provocado por el consumo de más de una droga o de sustancias desconocidas, y por los efectos, no se puede detectar exactamente cuál es la sustancia que provoca tales consecuencias.

El DSM-IV cuenta con un apartado específico para este tipo de casos:

Trastornos relacionados con varias sustancias

F19.2 Dependencia de varias sustancias.

x

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas).

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas).

F19.2 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas).

x

F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas).

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas).

F19.0 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas).

0

F19.0 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con trastornos perceptivos.

4

F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

F19.0 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas).

3

F19.4 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas), de inicio durante la abstinencia.

F19.7 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas).

3

- F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.5 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con
1 ideas delirantes.
- F19.5 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas): con
2 alucinaciones.
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado.

Los criterios para la clasificación de la dependencia, abuso, la intoxicación y síndrome de abstinencia, son los mismos que los presentados en la introducción. Es importante dominarlos de manera óptima para así poder diferenciarlos de otros trastornos, por ejemplo, de emociones, o de personalidad, entre otros.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuáles son las características para el diagnóstico de dependencia por uso de sustancias?
2. ¿Cuáles son las consecuencias que se pueden observar por el abuso de sustancias?
3. ¿Qué consecuencias puede presentar un trastorno inducido por el consumo del alcohol?
4. ¿Cómo es el comportamiento de la abstinencia en el consumo de alucinógenos?
5. ¿Cuáles son los posibles efectos adversos que se pueden presentar al consumir alucinógenos?
6. ¿En qué consisten los llamados flashbacks que se presentan por el consumo de alucinógenos?
7. ¿Cuáles son las características del proceso de intoxicación por anfetaminas?
8. ¿Cuál es el proceso por intoxicación de *Cannabis*?
9. ¿Cuáles son los síntomas físicos por la intoxicación de la cocaína?
10. ¿Qué efectos produce la intoxicación a dosis bajas de fenciclidina?
11. ¿Qué factores predisponen a un individuo al consumo de inhalantes?
12. ¿A qué se debe la facilidad de adquirir el hábito de consumir nicotina?
13. ¿Qué características se presentan en la abstinencia de opiáceos?
14. ¿Cuáles son los efectos del consumo de los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos?
15. ¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de trastorno inducido por varias sustancias?

Respuestas

1. Tolerancia, abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia.
2. Se puede observar incumplimiento de obligaciones importantes del individuo, consumo en situaciones que pueden ser peligrosas, ocasionar problemas legales y constantes problemas interpersonales. Estos rasgos se pueden

presentar repetidamente, a pesar de las consecuencias adversas, en un período de 12 meses.

3. Problemas físicos (por ejemplo, cirrosis), psicológicos (por ejemplo, depresión), interpersonales (por ejemplo, problemas maritales) y familiares, ocupacionales (pérdida de empleo) y hasta legales.

4. No se ha demostrado la presencia de ésta, aunque se conocen informes de “necesidad irresistible” luego de interrumpir el consumo los alucinógenos.

5. Deterioro de la memoria durante la intoxicación; “malos viajes”, que normalmente son efectos o reacciones de pánico o flashbacks.

6. El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos o flashbacks es la recurrencia transitoria de alteraciones de la percepción que son producto de intoxicaciones por alucinógenos experimentadas previamente. Una de las características es que el individuo no está bajo una intoxicación por consumo previo de alucinógenos, ni de otra droga.

7. La intoxicación por anfetaminas comienza generalmente con una sensación de bienestar, seguida por la aparición de euforia, sensación de más vigor, tendencia al contacto social, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, locuacidad, ansiedad violencia y deterioro de juicio.

8. Se inicia típicamente con una sensación de bienestar, seguida de síntomas que incluyen –euforia con risas inapropiadas y sensación de grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo actividades o procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. Cuando los cannabinoides se consumen en altos niveles, los efectos psicoactivos que se presentan son muy parecidos a los que se producen ante la presencia de algún alucinógeno.

9. Dentro de los síntomas físicos, se incluyen: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, entre otros.

10. Vértigo, ataxia, nistagmo, hipertensión arterial leve, movimientos involuntarios anormales, lenguaje farfullante, náuseas, debilidad, enlentecimiento de los tiempos de reacción, euforia o afectividad embotada, locuacidad y pérdida de intereses.

11. Los factores que predisponen al individuo al consumo de estas sustancias son principalmente sociales, culturales, edad y sexo. Por su bajo costo y alta facilidad de obtención, el consumo de inhalantes se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y niños, que habitan en áreas marginadas, de bajo nivel socioeconómico, son consumidos con mayor frecuencia en varones y es menos frecuente en adultos mayores de 35 años.

12. La tolerancia a la nicotina se expresa por la disminución de efectos de la misma, por ejemplo: ausencia de náuseas, mareos, entre otros. La abstinencia se observa ante la interrupción del consumo de ésta, después de uso diario durante largos períodos.

13. Síntomas subjetivos de ansiedad, inquietud y sensación de dolor que con frecuencia se encuentran en la espalda y piernas, junto con la necesidad irresistible de obtener opiáceos y una conducta de búsqueda de la droga, irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor.

14. En cuanto a la intoxicación provocada por el consumo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los síntomas que se presentan son principalmente fisiológicos o de comportamiento desadaptativo, dentro de los que se encuentran conductas como comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, falta de capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social que aparecen durante o posterior al consumo de la sustancia. Además, debido a su efecto depresor del sistema nervioso, se acompaña de marcha inestable, nistagmo, problemas de memoria o atención y lenguaje farfullante.

15. Los criterios para la clasificación de la dependencia, el abuso, la intoxicación, síndrome de abstinencia, son los mismos que los presentados en la introducción, los cuales son importante manejar de manera óptima para así

poder diferenciar con otros trastornos, por ejemplo, con los trastornos de emociones, o de personalidad, entre otros.

UNIDAD 7

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

OBJETIVO

El estudiante obtendrá las herramientas teóricas para el diagnóstico de los trastornos mentales relacionados con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

TEMARIO

7.1 DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

7.2 TRASTORNOS

7.2.1 Trastorno esquizofreniforme

7.2.2 Trastorno esquizoafectivo

7.2.3 Trastorno delirante

7.2.4 Trastorno psicótico breve

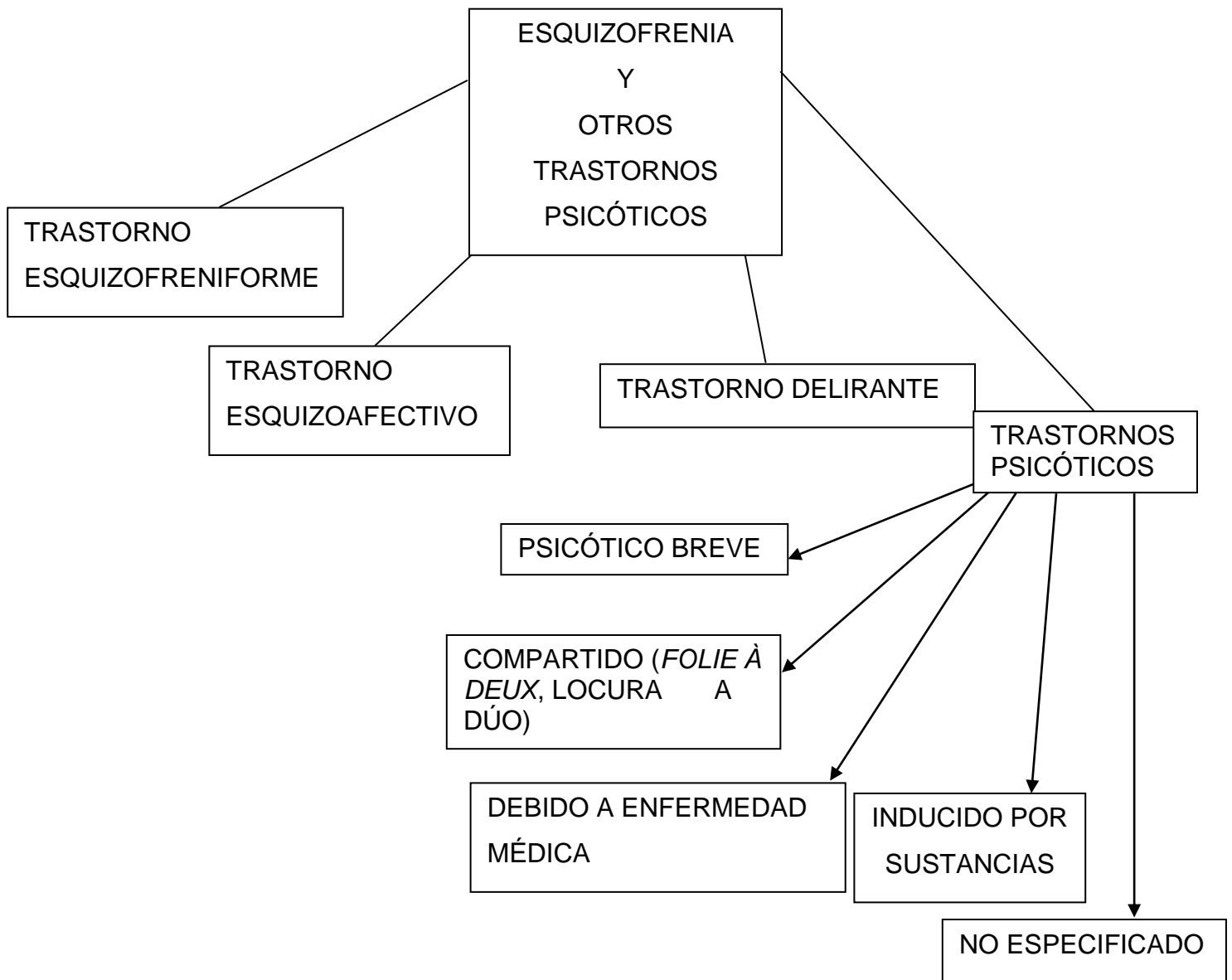
7.2.5 Trastorno psicótico compartido (folie á deux, locura a dúo)

7.2.6 Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

7.2.7 Trastorno psicótico inducido por sustancias

7.2.8 Trastorno psicótico no especificado

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia forma parte de los trastornos psicóticos. Estas afecciones se caracterizan por cambios evidentes en el comportamiento, producto, a su vez, de una alteración mental que puede ser causada por diversos factores. Se ha encontrado, como factor principal que influye en su desarrollo, un componente hereditario, sin tener la certeza de que ésta sea la principal causa. Por la enorme influencia que tales padecimientos pueden tener sobre la vida del paciente, es importante la detección temprana y acertada del trastorno. A continuación se presentan las definiciones de estos padecimientos, así como sus síntomas y los criterios de diagnóstico para su detección y tratamiento.

7.1 DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

Los trastornos esquizofrénicos son afecciones mentales con tendencia a la cronicidad (es decir, se trata de padecimientos crónicos). Además de que deterioran el funcionamiento global de la persona, se caracterizan por síntomas psicóticos, que incluyen alteraciones del pensamiento, emocionales y conductuales.¹⁰⁰

Entre los síntomas que se presentan en la esquizofrenia y, por lo tanto, característicos de las enfermedades psicóticas, se encuentra una gran distorsión de la realidad, junto con trastornos del lenguaje y comunicación, decremento de la interacción social. Por lo que respecta al pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales, se hace evidente su desorden y fragmentación. Otros síntomas frecuentes en la esquizofrenia son: apatía, confusión, delirios, alucinaciones, lenguaje extraño, incongruencia y ecolalia. Las conductas del paciente generalmente se tornan extrañas, se observa aislado y presenta comportamientos regresivos, junto con labilidad emocional.¹⁰¹

Este trastorno puede ser leve o requerir hospitalización prolongada. Su etiología es desconocida, aunque por lo general se relacionan factores genéticos, bioquímicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales.¹⁰²

El tratamiento incluye la administración de tranquilizantes y antidepresivos junto con ansiolíticos. La terapia psicológica es útil para conseguir un ambiente adecuado para que el paciente pueda ponerse en mayor contacto con la realidad, aumente su capacidad de comunicación con los demás y aprenda a adaptarse al estrés de su enfermedad.

El DSM-IV¹⁰³ clasifica los trastornos esquizofrénicos de la siguiente manera:

F20.xx **ESQUIZOFRENIA**

¹⁰⁰ Valdés, M. *DSM-III, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. p. 474.

¹⁰¹ El Manual Merk, p. 1344.

¹⁰² El Manual Merk, p. 1344.

¹⁰³ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

Esquizofrenia

F20.0x Tipo paranoide de esquizofrenia

F20.1x Tipo desorganizado de esquizofrenia

F20.2x Tipo catatónico de esquizofrenia

F20.3x Tipo indiferenciado de esquizofrenia

F20.5x Tipo residual de esquizofrenia

OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

F20.8 Trastorno esquizofreniforme

F25.x Trastorno esquizoafectivo

F22.0 Trastorno delirante

F23.8x Trastorno psicótico breve

F24 Trastorno psicótico compartido

F06.x Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica)

F1x.5x Trastorno psicótico inducido por sustancias

F29 Trastorno psicótico no especificado

Los criterios a seguir para el diagnóstico de la esquizofrenia incluyen la observación de la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y/o síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia); presente, cada uno durante un período de un mes.¹⁰⁴

Uno de los trastornos más comunes del pensamiento que se presentan en la esquizofrenia es la afectación del pensamiento claro, dirigido a metas, pues para el enfermo resulta cada vez más difícil pensar con coherencia, como lo muestra su lenguaje difuso o enredado. Se presentan cambios repentinos e incomprensibles en la exposición o conversación sobre algunos temas, al igual que dificultades obvias del razonamiento, atribuibles a la distracción por

¹⁰⁴ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p280.

asociaciones marginales y al simbolismo privado del paciente que rige su pensamiento (tanto como lo hace el razonamiento lógico normal).

En los trastornos esquizofrénicos y psicóticos son característicos los cambios emocionales, ya que se detecta embotamiento e incongruencia afectiva. Las alteraciones del estado de ánimo que comúnmente pueden ocurrir son: depresión, ansiedad, elación y/o perplejidad.¹⁰⁵

Uno de los más frecuentes trastornos de percepción es la presencia de alucinaciones auditivas, aunque también pueden presentarse alteraciones visuales, táctiles (incluyendo sensaciones sexuales), olfatorias y del gusto. Las sensaciones auditivas incluyen desde silbidos, susurros o ruidos de maquinaria a murmullos indirectos de voces o conversaciones complejas claras. Incluso pueden ocurrir alucinaciones de comentarios en curso sobre las acciones que el paciente debe llevar a cabo, o registrarse voces que hablan sobre el individuo afectado por la esquizofrenia.

Entre los delirios que se presentan, los de persecución son frecuentes, así como ideas hipocondriacas, religiosas, de celos y problemas sexuales. También son evidentes los delirios de grandeza, interpretaciones delirantes de experiencias extrañas (como el bloqueo del pensamiento o la transmisión y la despersonalización), que pueden llevar al paciente a pensar que está produciéndose telepatía, que un dispositivo mecánico está grabando sus pensamientos y conversaciones, o que se halla controlado por una entidad externa.

Se pueden presentar, asimismo, síntomas catatónicos: alteraciones del movimiento, que varían desde la sobreactividad y excitación intensas hasta el estupor con mutismo. Puede haber una adopción de posturas y es posible que el paciente tome una postura caprichosa. Son muy comunes los manierismos (como la marcha a pasitos, las gesticulaciones o la exageración de movimientos normales).

Por lo que toca a los cambios de conducta, se observan tendencias violentas: en ocasiones puede haber actitudes grotescas que incluyen

¹⁰⁵ *Ibidem.*

automutilación (frecuentemente de partes sexuales) o ataques criminales. El riesgo de suicidio es mayor en todas las etapas de la enfermedad esquizofrénica. Cuando el paciente obedece voces de mando, busca atacar a sus perseguidores. Por lo tanto, las amenazas de violencia son comunes.

El comienzo de la esquizofrenia ocurre típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia (aunque se han encontrado casos de inicio a los cuatro o cinco años de edad). A los casos en los que se presenta la esquizofrenia en edades más avanzadas, después de los 45 años, se le denomina *esquizofrenia de inicio tardío*. En los registros es mayor la proporción de mujeres, y una mayor frecuencia de casados. Son propensos aquellos individuos que tienen una mejor historia laboral.¹⁰⁶

7.2 TRASTORNOS

A continuación se describirán los subtipos de trastornos derivados de la esquizofrenia.

7.2.1 Trastorno esquizofreniforme

Éste es similar en sus síntomas a los trastornos esquizofrénicos, excepto en que la duración de los signos prodrómicos, agudos y residuales son menores a seis meses, pero mayores de una semana¹⁰⁷.

Para el diagnóstico del trastorno esquizofreniforme es importante diagnosticar la falta de deterioro en la actividad diaria del paciente.

Con el objetivo de lograr un mejor diagnóstico, pueden utilizarse las siguientes especificaciones:¹⁰⁸

- Con características de buen pronóstico. Esta tipología se utiliza si se dan por lo menos dos de las siguientes características: inicio de síntomas psicóticos acusados en las primeras cuatro semanas del primer cambio

¹⁰⁶ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 280.

¹⁰⁷ Lawrence Tierney, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, p. 995.

¹⁰⁸ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

importante del comportamiento o en la actividad habitual, confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico, buena actividad social y laboral premórbida y ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivo.

- Sin características de buen pronóstico: en esta categoría no se dan dos o más de las características antes mencionadas.

7.2.2 Trastorno esquizoafectivo

Estos trastornos son los casos que no pueden considerarse fácilmente dentro de las categorías esquizofrénica o afectiva. Suelen ser casos con síntomas afectivos que preceden o se desarrollan en conjunto con manifestaciones psicóticas¹⁰⁹.

La principal característica de este trastorno es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta, en algún momento, un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, acompañado de síntomas que cumplen los criterios de la esquizofrenia; además, durante el mismo periodo de la enfermedad se manifiestan ideas delirantes o alucinaciones durante por lo menos dos semanas, sin síntomas afectivos acusados. Los síntomas afectivos han de estar presentes durante una parte significativa de la duración total de la enfermedad y a lo largo de un único período continuo de la misma.

La fase de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir totalmente los criterios, tanto para la fase activa de la esquizofrenia como los que han sido establecidos para un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o uno mixto. La duración del primero ha de ser de por lo menos dos semanas; del segundo y del tercero debe de ser de, por lo menos, una semana. En algunos pacientes, este período de enfermedad puede prolongarse durante años, e incluso, por décadas. Se considera que un período de enfermedad ha terminado cuando el sujeto ha mostrado una completa recuperación durante un intervalo de tiempo

¹⁰⁹ Lawrence Tierney, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, p. 996.

significativo y ya no se manifiestan ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

Se pueden distinguir dos subtipos de trastorno esquizoafectivo, de acuerdo con el componente afectivo del trastorno:¹¹⁰

- Tipo bipolar. Se aplica este subtipo si los signos forman parte del cuadro un episodio maníaco o episodio mixto. También puede presentarse un episodio depresivo mayor.
- Tipo depresivo. Se utiliza este subtipo solamente si forman parte del cuadro episodios depresivos mayores.

Una pobre actividad laboral también puede formar parte de los síntomas asociados con el trastorno esquizoafectivo, al igual que un retraimiento social significativo, dificultades para el cuidado de sí mismo y aumento del riesgo de suicidio. Los pacientes con este trastorno pueden tener mayor riesgo de desarrollar, posteriormente, episodios puros de trastornos del estado de ánimo, de esquizofrenia o de trastorno esquizofreniforme. También pueden presentarse trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de otras sustancias.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

1. Realiza una lista con las principales características de la esquizofrenia.
2. Busca en internet tres conceptos que se te dificulte comprender; después, explícalos con sus propias palabras en una exposición individual o por equipos. Intercambia impresiones con tus compañeros, acerca de los hallazgos en sitios especializados.
3. Escribe un tipo de idea delirante característica de la esquizofrenia.
4. Realiza un cuadro comparativo de los trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo.
5. Identifica en la película *Mente brillante* los rasgos que presenta el personaje principal.

¹¹⁰ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

7.2.3. Trastorno delirante

Este tipo de trastornos son psicosis; los síntomas predominantes de esta afección son delirios persistentes, no extraños, con deterioro mínimo de la función diaria. Las actividades intelectuales y ocupacionales son alteradas en poco grado, mientras que el funcionamiento social y marital tiende a deteriorarse. Por lo regular, no hay alucinaciones. Los temas de delirio comunes incluyen: ideas paranoides, de persecución, de estar siendo relacionados o amados por una persona bien conocida y de que la propia pareja es infiel.¹¹¹

La principal característica de este trastorno es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes. No debe realizarse el diagnóstico de trastorno delirante si el paciente ha presentado alguna vez un cuadro clínico que cumpla los criterios de la esquizofrenia. Pueden presentarse alucinaciones táctiles u olfativas relacionadas tema delirante, por ejemplo, la sensación de estar infestado de insectos, o la percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal asociado con ideas de autorreferencia. En general, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento que muestra el individuo no es raro ni extraño; algunos pacientes parecen conservar sus actividades, otros muestran que la afectación de sus actividades deriva directamente de las mismas creencias delirantes.

Las ideas delirantes se identifican como extrañas si evidentemente son improbables, incompresibles y si no se derivan de experiencias normales de la vida cotidiana. Por otro lado, las ideas delirantes no extrañas se refieren a situaciones posibles en la vida real; por ejemplo: ser perseguido, envenenado, infectado, amado en secreto o engañado por el cónyuge o amante.¹¹²

Las categorizaciones de estas ideas incluyen los siguientes tipos:

- Erotomaniaco. El tema central de la idea delirante es que otra persona está enamorada del sujeto. Más que a una atracción sexual, la idea

¹¹¹ Lawrence Tierney, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, p. 996.

¹¹² Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 280.

delirante suele referirse a un amor romántico, idealizado y a una unión espiritual.

- De grandiosidad. El tema central de la idea delirante es la convicción de tener algo extraordinario, aunque no reconocido (como un talento, intuición, o la convicción de haber descubierto algo importante). Con menor frecuencia, el sujeto puede tener la idea delirante de mantener una relación especial con alguien relevante o de ser una persona importante. Estas ideas pueden tener contenido religioso.

- Celotípico. Se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas “pruebas” que son guardadas y utilizadas para justificar el delirio.

- Persecutorio. El tema central de la idea delirante se refiere a la creencia de que el sujeto está siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstuido en la consecución de sus metas a largo plazo.

- Somático. El tema central del paciente son las funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas; las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina, que tiene una infestación por insectos o dentro de la piel, o algún un parásito interno. Son comunes los pensamientos de padecer malformaciones en el cuerpo o que ciertas partes de éste no funcionan.

- Mixto. En este subtipo se aplican los casos en los que no hay ningún tema predominante.

- No especificado. Este criterio se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos.

Como síntoma principal del trastorno delirante se encuentra la presencia constante (más de lo normal) de problemas sociales, conyugales y laborales.

Muchos sujetos con trastorno delirante desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, que normalmente puede interpretarse como una reacción a sus creencias delirantes. Puede haber accesos de ira o comportamiento violento, en especial en los tipos persecutorio y celotípico¹¹³.

Es importante señalar que el contenido de las ideas delirantes varía en diferentes culturas y subculturas, de modo que es importante evaluar la posible presencia de un trastorno delirante real y uno promovido por la historia cultural y religiosa del individuo.

7.2.4 Trastorno psicótico breve

La característica principal del trastorno psicótico breve es la presencia de una alteración de comportamiento con un inicio súbito de por lo menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o errático.¹¹⁴ Un episodio de esta alteración puede durar, por lo menos, un día.

Estos trastornos son la consecuencia de estrés psicológico. La duración de los síntomas patológicos, agudos y residuales son menores de seis meses pero mayores de una semana.¹¹⁵

Para el análisis de este trastorno es importante especificar si la patología se presentó con base en la presencia o ausencia de factores estresantes precipitantes, los cuales se clasifican de la siguiente manera:

- Con desencadenante(s) grave(s). Se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. El o los acontecimientos precipitantes pueden ser de cualquier estrés importante, como la pérdida de un ser querido o el trauma psicológico de un combate. Algunas veces es clínicamente

¹¹³ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, pp. 308-310.

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ Lawrence Tierney, *Diagnóstico clínico y tratamiento*, p. 996.

difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados como la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas¹¹⁶.

- Sin desencadenante(s) grave(s). Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural¹¹⁷.
- De inicio en el posparto. Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos se producen en las primeras 4 semanas después del posparto.

Entre las características que se presentan en este trastorno se encuentra la sensación constante de un gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre los distintos estados afectivos. Aunque es de corta duración, el deterioro puede ser grave y es posible que el paciente llegue a necesitar supervisión para asegurar que se cumplan las necesidades básicas, nutricionales y de higiene. También parece haber un riesgo de mortalidad entre los más jóvenes, principalmente, de suicidio..

Es necesario distinguir entre la presencia del trastorno psicótico breve y conductas dependientes de situaciones específicas de una cultura o sociedad específica.

La presencia de este trastorno es poco común. Hay datos que afirman que puede aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta, con una media de edad de inicio situada alrededor de los 30 años.

Es importante conocer los distintos trastornos que pueden confundir el diagnóstico, ya que varias enfermedades médicas pueden presentarse con síntomas psicóticos de corta duración; lo mismo puede ocurrir con el consumo de distintas sustancias, que pueden provocar la aparición de síntomas que dificultan el diagnóstico.

¹¹⁶ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, pp. 309.

¹¹⁷ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

7.2.5 Trastorno psicótico compartido (*folie á deux*, locura a dúo)

La principal característica del trastorno psicótico compartido (*folie á deux*) consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto (considerado normal) implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse “inductor” o “caso primario”), quien padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad.¹¹⁸

Las creencias delirantes generalmente incluyen ideas relativamente extrañas, ideas congruentes con el estado de ánimo, u otras ideas delirantes no extrañas características del trastorno delirante.¹¹⁹

Por lo general, el caso primario es el que domina en la relación y, gradualmente, impone el sistema delirante a la segunda persona, más pasiva e inicialmente sana. Con frecuencia, los sujetos que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge, y han vivido durante largo tiempo con el caso primario, algunas veces en un relativo aislamiento social. Si la relación con el caso primario es interrumpida, las creencias delirantes del otro sujeto suelen disminuir o incluso llegan a desaparecer.

Al parecer, las creencias delirantes en el trastorno psicótico compartido no suelen dar lugar a otros aspectos raros o inhabituales en el comportamiento. El deterioro suele ser menor en el sujeto con el trastorno psicótico compartido que en el caso primario. No se conoce el tiempo de duración de este trastorno, ni de la edad promedio de inicio, ya que ésta es muy variable. En caso de no ser atendido, el padecimiento puede llegar a ser crónico, debido a que se presenta en relaciones prolongadas y resistentes al cambio. Con la separación de los individuos las ideas van desapareciendo unas veces con rapidez y otras más lentamente.

¹¹⁸ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 312.

¹¹⁹ *Ibídem.*

7.2.6 Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

La principal característica de este trastorno es la presencia de alucinaciones e ideas delirantes que se consideran debidas a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que las ideas delirantes o las alucinaciones son efecto directo de una enfermedad médica. La alteración no ha de explicarse mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental. Además no ha de darse el diagnóstico de la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.¹²⁰

Las alucinaciones pueden ser de cualquier tipo: visuales, olfativas, gustativas, táctiles o auditivas; simples o amorfas, complejas u organizadas, dependiendo de los factores etiológicos, las condiciones ambientales, la naturaleza y la localización de la lesión, si es que la hay, en el sistema nervioso central.

Es importante especificar la presencia de ideas delirantes o de alucinaciones como resultado de otro padecimiento. Existen muchas enfermedades médicas que pueden provocar síntomas psicóticos, entre los que se identifican enfermedades neurológicas (neoplasias ó tumores), enfermedades vasculares cerebrales, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades endocrinas (hiper o hipotiroidismo, hiper o hipoparatiroidismo, hipofunción suprarrenal), algunas enfermedades metabólicas (hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico), enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes que pueden afectar al sistema nervioso central (lupus eritematoso sistémico). Las áreas cerebrales afectadas que se relacionan con la presencia de ideas delirantes son las estructuras subcorticales o del lóbulo temporal.¹²¹ Para la codificación de este trastorno debe incluirse el nombre de la enfermedad (en el Eje I) y codificar la enfermedad médica en el (Eje III).

¹²⁰ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 314-316.

¹²¹ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 314-316.

Es necesario, para dar un diagnóstico óptimo, la revisión clínica del paciente y la investigación sobre la ausencia de consumo de alguna sustancia o la historia de las alucinaciones o ideas delirantes antes de la aparición de la enfermedad médica.

7.2.7 Trastorno psicótico inducido por sustancias

El trastorno psicótico inducido por sustancias se caracteriza principalmente por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia, ya sea por intoxicación o por abstinencia de la misma. Entre las sustancias que pueden provocar este trastorno se encuentran: drogas, medicamentos o exposición a algún tóxico. No se considera este trastorno cuando el individuo está consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas.¹²²

En el trastorno psicótico inducido por sustancias es evidente la relación entre el estado psicótico y los estados de intoxicación o abstinencia; a diferencia del trastorno psicótico primario que en ocasiones precede al inicio del consumo de una sustancia o puede producirse tras prolongados periodos de abstinencia. Generalmente los síntomas psicóticos siguen mientras continúa el consumo de la sustancia que lo provocó. En el caso de algunas sustancias, el síndrome de abstinencia puede aparecer con relativo retraso: el inicio de los síntomas psicóticos puede darse hasta 4 semanas después de dejar el consumo.¹²³

Es importante especificar la presencia de ideas delirantes o alucinaciones; cuando se presentan las dos, se codifica la que predomine. De tal modo que los subtipos son los siguientes:

- Con ideas delirantes. Este subtipo se emplea si predominan las ideas delirantes.

¹²² Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 318.

¹²³ *Ibidem*.

- Con alucinaciones. Se emplea si predominan las alucinaciones. También se especifica el inicio del trastorno, de la siguiente manera:
- De inicio durante la intoxicación. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancia y si los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia. Se especifica de este modo si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia, y si los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Para asignar la categoría de este trastorno es necesario indicar el nombre de la sustancia específica que provocó los síntomas psicóticos. Un ejemplo del código para identificar este trastorno es el siguiente: *Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes, de inicio durante la intoxicación*. Sin embargo, cuando se considera que hay más de una sustancia implicada en el desarrollo de los síntomas psicóticos, debe registrarse cada una de ellas por separado. Si se considera que una de ellas es el factor etiológico, pero no se sabe de qué sustancia o clase de sustancias se trata se va a utilizar la categoría: *Trastorno psicótico inducido por una sustancia desconocida, con ideas delirantes (o alucinaciones)*.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no se resuelven con rapidez al retirar el agente que lo causa. Se ha encontrado que sustancias como las anfetaminas, la fenciclidina y la cocaína provocan estados psicóticos temporales que algunas veces persisten durante semanas o incluso meses. Estos casos pueden ser difíciles de diferenciar de los trastornos psicóticos no inducidos por sustancias.

Es importante conocer los criterios de diagnóstico de otros trastornos con los que pudiera confundirse este trastorno, principalmente con los relacionados a los síntomas producidos por la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia (ejemplo: trastornos perceptivos, trastorno psicótico primario, etcétera).

7.2.8 Trastorno psicótico no especificado

En esta categoría se incluyen síntomas psicóticos, como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; sobre éstos no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico. En esta subdivisión se incluyen padecimientos que presentan informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos. Un ejemplo: psicosis posparto que no cumple los criterios para un trastorno de estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a una enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias, entre otras posibilidades.¹²⁴

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Describe la diferencia entre las ideas delirantes extrañas y las ideas delirantes no extrañas.
2. Escribe un ejemplo de los siete subtipos de delirios.
3. Identifique los factores que pueden desencadenar un trastorno psicótico breve.
4. Explica en qué consiste el trastorno psicótico compartido.
5. Escribe por lo menos cuatro enfermedades (de las más comunes) que pueden provocar un trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
6. Indica de qué padecimientos o trastornos debe diferenciarse el trastorno psicótico inducido por sustancias.
7. Resume qué características tiene el trastorno psicótico no especificado.

Presenta por escrito las respuestas a los puntos anteriores.

¹²⁴ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 322.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué áreas del funcionamiento del individuo se ven afectadas con la esquizofrenia?
2. ¿A qué grupo de trastornos pertenece la esquizofrenia y cuáles son sus características?
3. ¿En qué consisten las características de los delirios en la esquizofrenia?
4. ¿Qué son los síntomas catatónicos?
5. ¿Qué características tiene el trastorno delirante?
6. ¿Cuál es la diferencia entre el trastorno psicótico breve y el trastorno psicótico compartido?

Respuestas

1. Pensamientos emocionales y conductuales.
2. La esquizofrenia es integrante de un importante grupo de enfermedades psicóticas caracterizadas por una gran distorsión de la realidad con trastornos del lenguaje y de comunicación, aislamiento de la interacción social, desorganización y fragmentación del pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales. Frecuentemente se presenta apatía y confusión, delirios y alucinaciones, formas del lenguaje peculiares con evasividad, incongruencia y ecolalia, conducta extraña, regresiva y aislada y labilidad emocional.
3. Entre los delirios que se presentan los de persecución son frecuentes, así como ideas hipocondriacas, religiosas, de celos y problemas sexuales. También son comunes los delirios de grandeza, interpretaciones delirantes de experiencias extrañas (como el bloqueo del pensamiento o la transmisión y la despersonalización), pueden llevar al paciente a pensar que está produciéndose telepatía, que un dispositivo mecánico está grabando sus pensamientos y conversaciones, o que se halla controlado por una entidad externa.

4. Son alteraciones del movimiento, que varían desde la sobreactividad y excitación intensas hasta el estupor con mutismo, puede haber una adopción de posturas y es posible que el paciente tome una postura caprichosa.

5. Los síntomas predominantes son delirios persistentes, no extraños, con deterioro mínimo de la función diaria. Las actividades intelectuales y ocupacionales son afectadas en poco grado, mientras que el funcionamiento social y marital tiende a estar muy afectados. Normalmente no hay alucinaciones. Los temas de delirio comunes incluyen pensamientos paranoides, de persecución, de estar siendo relacionados o amados por una persona bien conocida y de que la propia pareja es infiel. La principal característica de este trastorno es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes.

6. El primero consiste en la aparición repentina de los síntomas, por causas específicas. El segundo consiste en la relación con una pareja que padece del trastorno psicótico.

UNIDAD 8

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

OBJETIVO

El estudiante conocerá los diferentes trastornos del estado de ánimo, así como su clasificación, características, curso y especificaciones, todos ellos factores que deben de tomarse en cuenta para determinar de la manera más adecuada el diagnóstico y evitar confusiones.

TEMARIO

8.1 TRASTORNOS

8.1.1 Episodios afectivos

8.1.2 Episodio depresivo mayor

8.1.3 Episodio maniaco

8.1.4 Episodio mixto

8.1.5 Episodio hipomaniaco

8.2 TRASTORNOS DEPRESIVOS (CON EPISODIOS DEPRESIVOS)

8.2.1 Trastorno depresivo mayor

8.2.2 Trastorno distímico

8.2.3. Trastorno bipolar

8.2.4 Trastorno ciclotímico

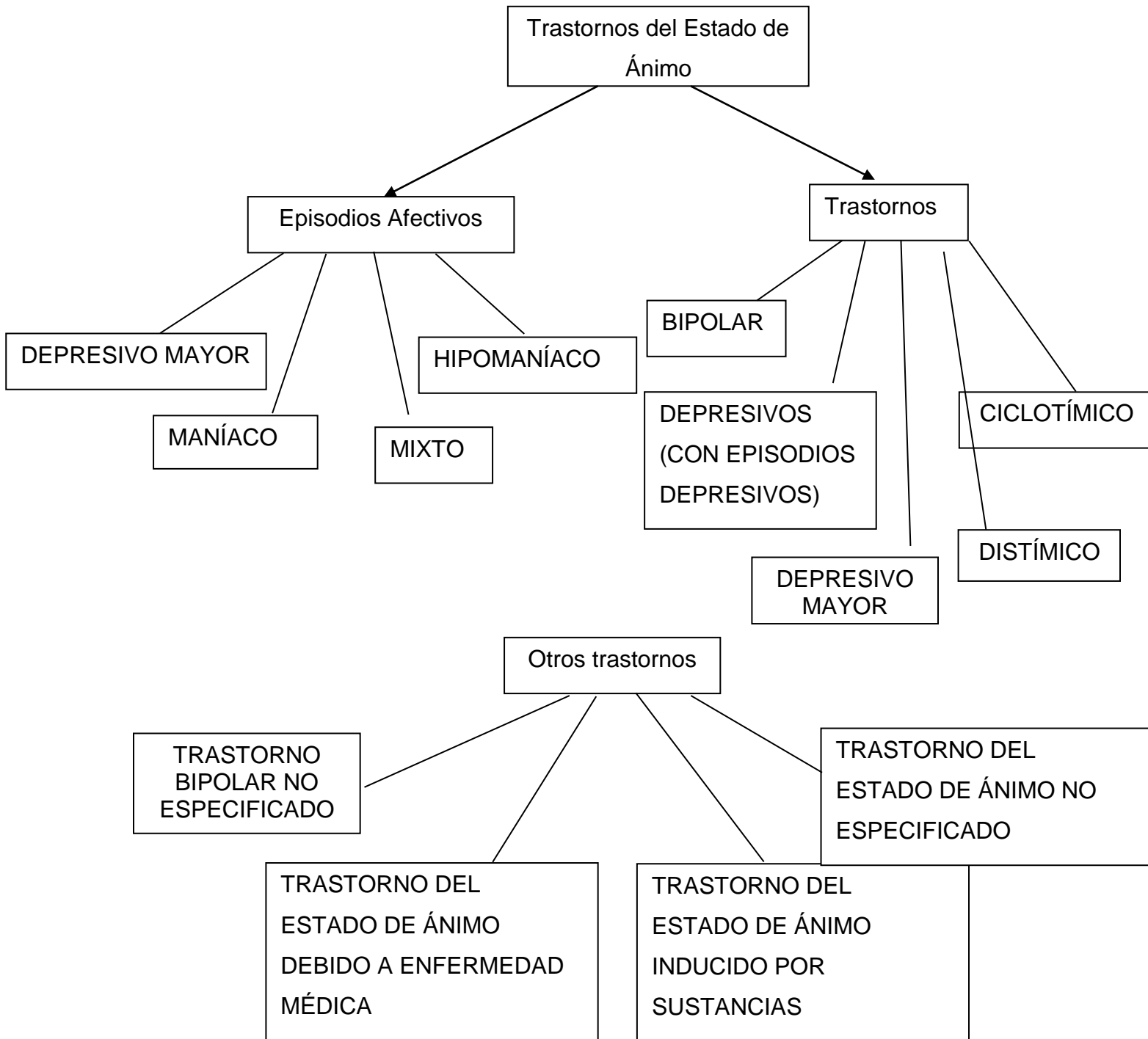
8.2.5 Trastorno bipolar no especificado

8.3 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

8.4 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIA

8.5 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo, tienen como principal característica de presentar una notable alteración del estado de ánimo o del afecto, saliendo de los parámetros normales de los mismos, como tristeza, pena, júbilo, que son parte de la vida diaria y deben diferenciarse de estas patologías.

El término *melancolía*, por ejemplo, se caracteriza por un estado de tristeza o depresión normal que se refiere a una respuesta humana universal por la separación, la desilusión y la pérdida; esta respuesta puede ser en realidad adaptativa, al permitir la supresión de situaciones frustrantes con el objetivo de conservar recursos internos para su uso posterior. Los periodos de irritación y depresivos pasajeros también pueden ocurrir como reacciones a ciertas fechas o aniversarios importantes, durante la fase premenstrual y en la primera semana del posparto y aunque éstos en sí no son patológicos, pueden convertirse si se prolonga su presencia y aumenta su intensidad. Esto se presenta principalmente en personas predispuestas a enfermedades afectivas¹²⁵.

Los trastornos del estado de ánimo se clasifican en: trastornos depresivos, maníacos, y según su etiología (por enfermedad médica o inducidos por sustancias).

Los trastornos depresivos, sobre todo, son heterogéneos y comunes en psiquiatría y medicina general, por lo tanto, la depresión puede ocurrir en un gran número de trastornos médicos y psiquiátricos no afectivos, o ser secundarios a ellos, formando parte de los trastornos primarios del estado de ánimo¹²⁶.

¹²⁵ *El manual Merk* p. 1330-1331.

¹²⁶ *Ibidem*.

8.1 TRASTORNOS

8.1.1 Episodios afectivos

Los episodios afectivos son cambios en el estado de ánimo que puede ser de tipo depresivo, maníaco, o de ambos, en distinto orden de aparición. Estos episodios se caracterizan por esos afectos con alta intensidad y de poca duración, ya que para su diagnóstico han de presentarse en un período de dos semanas y representan un cambio respecto a la actividad previa del individuo. El DSM-IV clasifica los episodios afectivos de la siguiente manera¹²⁷.

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maníaco.
- Episodio mixto.
- Episodio hipomaníaco.

A continuación se describen con mayor detalle cada uno.

8.1.2 Episodio depresivo mayor

El episodio depresivo mayor es un estado de depresión considerable que tiene una duración de, al menos, dos semanas, en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades del individuo. En el caso de los niños y de los adolescentes, generalmente expresan este estado con irritabilidad en lugar de tristeza. Deben manifestarse por lo menos cuatro de los siguientes síntomas que incluyen: cambios en el apetito o peso, del sueño y de la actividad motora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos constantes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.¹²⁸

Para inducir el diagnóstico de un episodio depresivo mayor se observa un síntoma o haber empeorado claramente si se compara con el estado anterior del sujeto. Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi cada día, durante por lo menos dos semanas consecutivas. Además de acompañarse por

¹²⁷ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

¹²⁸ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. 326.

un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del paciente. En ocasiones, tratándose de episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero depende de un esfuerzo muy fuerte.

Los individuos que padecen un estado depresivo mayor comúnmente describen estar tristes, deprimidos, sin esperanza, sin ánimo o “como en un pozo”. En ocasiones, la persona puede negar su tristeza, aunque en el transcurso de la entrevista muestra señales de querer llorar. En algunos casos, el sujeto se queja de sentirse indiferente, sin sentimientos o ansioso; la presencia de un estado así puede observarse en la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Las personas también pueden hacer énfasis en síntomas físicos, como molestias o dolores físicos, en lugar de expresar sus sentimientos de tristeza. Se detectan pacientes que son susceptibles a presentar una alta irritabilidad, como ira persistente, o que pueden responder a ciertos acontecimientos con mucho enojo de manera agresiva o incluso insultando a quienes están cerca. Estos pacientes también pueden mostrar un sentimiento de frustración exagerado por cosas que no tienen importancia.

En los niños, tales comportamientos puede confundirse con el patrón del “niño mimado”, cuando pueden ser manifestaciones de un estado depresivo mayor.

La alteración del sueño asociada más a menudo con un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio a media noche o el insomnio tardío, es decir, levantarse demasiado temprano y ser incapaz de conciliar nuevamente el sueño; o el insomnio al inicio de la noche. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto busca tratamiento.¹²⁹

Los cambios psicomotores incluyen: agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la

¹²⁹ *Ibidem*, p. 327.

ropa o algún objeto) o enlentecimiento (del lenguaje, del pensamiento y movimientos lentos); aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, menos inflexiones (cambios en el tono de voz) y mutismo. Estos síntomas, las agitaciones o enlentecimiento psicomotores, deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no únicamente un reporte subjetivo.

También se registra una falta de energía, cansancio y fatiga, sin presencia de algún ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo, de tal manera que los sujetos con este padecimiento pueden llegar a quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana, lo que es agotador. Es común tardarse más de lo que normal en actividades cotidianas.

Un rasgo muy común es la presencia de sentimientos de inutilidad o de culpa, lo que puede implicar constantes evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Generalmente malinterpretan los acontecimientos cotidianos neutros tomándolos como pruebas de sus defectos personales y con un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Cuando este episodio depresivo mayor es tratado a tiempo y con éxito, suelen desaparecer algunos problemas cognoscitivos relacionados con la memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente, ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

El nivel de incapacidad del paciente durante un episodio depresivo mayor es variable, aunque en todos los casos, incluso en los más leves se presenta un considerable deterioro social, laboral y de otras áreas de la vida del individuo, además de presentar un malestar clínico significativo. El caso extremo es cuando el sujeto llega a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.

Es necesario realizar un diagnóstico lo más meticuloso posible para descartar otros padecimientos que presentan síntomas similares. Tal es el caso de algunas enfermedades médicas o inducidas por el consumo de sustancias.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de varios días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo

mayor completo puede haber un período con síntomas ansiosos y depresivos leves, que pueden durar semanas o meses.¹³⁰

8.1.3 Episodio maniaco

El episodio maniaco se define como un período determinado durante el cual el estado de ánimo es anormal y se muestra persistentemente elevado, expansivo e irritable; este lapso dura, por lo menos, una semana para su diagnóstico. En éste la alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Se presenta un deterioro social o laboral e, incluso, el paciente puede precisar hospitalización o mostrar síntomas psicóticos¹³¹.

Entre los síntomas más comunes se encuentra el estado de ánimo elevado de un episodio maniaco, que puede describirse como eufórico, anormalmente bueno o alegre.¹³² La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. La alteración del estado de ánimo predominante es a veces la irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto. Se puede observar labilidad en el sujeto, por ejemplo alternancia entre la euforia y la irritabilidad.

Es común la presencia de una exageración de la autoestima, que va desde la confianza en la persona misma carente de autocrítica hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes. Generalmente los sujetos pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen conocimientos, a pesar de no tener ningún especial talento o experiencia,

¹³⁰ *Ibidem*, p. 327.

¹³¹ *Ibidem*, p. 334.

¹³² *Ibidem*.

el individuo puede lanzarse a escribir una novela o a componer una sinfonía. Además, son constantes las ideas delirantes de grandeza. Generalmente la necesidad de dormir disminuye, el sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiendo un exceso de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, el sujeto puede durar días sin dormir y sin sentirse cansado.

Aunque la presencia de los síntomas no han de parecer tan extraños ante el observador externo, las personas que conocen bien al individuo pueden reconocer su comportamiento excesivo por su estado de ánimo.

Puede darse el caso de que el sujeto esté consciente de que está enfermo, y aun así resistirse a algún intento de tratamiento; puede viajar impulsivamente a otras ciudades, perder el contacto con los familiares y/o cuidadores y exhibir conductas antisociales o de juego patológico, olvidándose de consideraciones éticas, lo que llega a afectar a personas que habitualmente son tomadas como muy responsables. El paciente puede mostrarse hostil e incluso amenazar físicamente a los demás.

Este episodio no se presenta como consecuencia de alguna enfermedad médica ni del consumo de alguna sustancia o droga.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo para diferenciar las características de un episodio depresivo y uno maníaco.
2. Inventa un caso de un paciente que por lo menos presente cuatro de los síntomas de un episodio depresivo mayor.
3. Indica analogías entre objetos o animales y los distintos síntomas de la manía.
4. Inventa un cuestionario que utilizarías para determinar si el episodio afectivo es maníaco o depresivo.

8.1.4 Episodio mixto

Los episodios mixtos se caracterizan por un periodo en el que, al menos, durante una semana, casi cada día se cumplen los criterios, tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia). Se incluyen síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor¹³³.

Los síntomas suelen ser agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración ha de ser muy grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o precisar hospitalización

De acuerdo con lo hasta aquí presentado, se encuentran rasgos de los episodios maniacos y de los episodios depresivos mayores; sin embargo, los sujetos experimentan mayor disforia que los que episodios maníacos, así que pueden ser más propensos a buscar ayuda médica, a pesar de que pueden estar desorganizados en el pensamiento o comportamiento.

Es necesario diferenciar este padecimiento de otras enfermedades médicas (por ejemplo, hipertiroidismo) que provocan la presencia de episodios afectivos depresivos o maníacos; asimismo, es importante detectar el posible consumo de sustancias que estén provocando tales estados, al igual que otros trastornos mentales.

8.1.5 Episodio hipomaniaco

Este episodio se define como un período determinado durante el cual se presenta un estado de ánimo anormal persistentemente elevado, expansivo o irritable y dura, al menos, cuatro días. Los principales síntomas son, aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), decremento de la necesidad de dormir, lenguaje constante o verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento las actividades intencionado, agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras, con alta probabilidad de provocar consecuencias graves. Se pueden presentar casos en los que el estado de ánimo es

¹³³ *Ibidem*, p. 339.

irritable, en este caso han de presentarse por lo menos cuatro de los síntomas que se presentan en la siguiente clasificación del el DSM-IV¹³⁴:

- Autoestima exagerada o grandiosidad.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Más hablador de lo común o verborreico.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- Distraibilidad.
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

De igual modo que con los episodios antes mencionados, es importante diferenciar este trastorno de otros del estado de ánimo debido a otras patologías e, incluso, de los episodios maníacos, ya que su principal característica consiste en que los episodios hipomaníacos no son tan graves como para provocar algún tipo de deterioro social o laboral importante y es menos probable la hospitalización.

8.2 TRASTORNOS DEPRESIVOS (CON EPISODIOS DEPRESIVOS)

8.2.1 *Trastorno depresivo mayor*

Los trastornos depresivos mayores se caracterizan por el curso o la duración de los síntomas depresivos, se presentan uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para su diagnóstico, la duración ha de ser de por lo menos dos meses seguidos, en los que los síntomas que se presentan deben cumplir con los criterios del episodio depresivo mayor.¹³⁵

¹³⁴ *Ibidem*, p. 342.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 345.

Cuando se cumplen los criterios para un estado depresivo mayor, debe indicarse si el episodio es leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos.

Las clasificaciones que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de este trastorno son:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o remisión total.
- Crónico.
- Con síntomas catatónicos.
- Con síntomas melancólicos.
- Con síntomas atípicos.
- De inicio del posparto.

El trastorno depresivo mayor se ha asociado con una alta tasa de mortalidad, debido a suicidios. Este trastorno se ha asociado con enfermedades médicas crónicas, como diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes cerebrovasculares. El padecimiento puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de vida.

8.2.2 Trastorno distímico

Se trata de un estado crónico depresivo, que está presente durante la mayor parte del día durante, al menos, dos años. Se presentan intervalos en los que el paciente no muestra síntomas, los cuales generalmente no superan los dos meses. Los individuos con este trastorno reportan un estado de ánimo como triste o “desanimado”, en los niños y adolescentes puede ser, más bien, un estado irritable, y en su caso la duración mínima es de un año.¹³⁶

Los síntomas son: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza; además el paciente presenta una pérdida de interés y aumento de la autocrítica, según

¹³⁶ *Ibidem*, p. 352-354.

la cual a sí mismo como poco interesante o inútil. Estos signos forman parte de la experiencia cotidiana. El diagnóstico de trastorno distímico se realiza ante la presencia de, por lo menos, dos de éstos síntomas.

Para la clasificación es necesario especificar la edad de inicio; obsérvese las siguientes etapas:

- Inicio temprano. Antes de los 21 años.
- Inicio tardío. A los 21 años o posterior a esa edad.
- Con síntomas atípicos. Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los últimos dos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos.

Se ha observado un patrón familiar importante, en el cual es frecuente la presencia del trastorno distímico en personas con familiares que han padecido trastorno depresivo mayor.

8.2.3. Trastorno bipolar

Este trastorno se divide en dos partes, trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II; es decir, ciclotimia y trastorno bipolar no especificado, respectivamente.¹³⁷

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de seis criterios: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El episodio maníaco único se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía; los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes (secuelas de otras enfermedades).

La principal característica del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. En el caso de la recidiva, viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de, al menos, dos

¹³⁷ *Ibidem*, p. 358.

meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, también pueden registrarse casos contrarios, en los que se inicia con episodio hipomaníaco que evoluciona hasta un episodio maníaco o, incluso, el paciente puede padecer un episodio mixto que evoluciona hasta un episodio depresivo mayor.¹³⁸

Para poder identificar el tipo de episodio maníaco, mixto o depresivo mayor actual, ha de especificarse principalmente si es:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.
- Con síntomas catatónicos.
- De inicio del posparto.¹³⁹

Entre las características que describen el trastorno bipolar tipo I, se encuentran posibles agresiones a los hijos o al cónyuge y otros comportamientos violentos. Síntomas asociados con este padecimiento también son: ausencia escolar, fracaso escolar o laboral, divorcio y comportamiento antisocial episódico. Otros trastornos mentales asociados incluyen: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastornos relacionados con sustancias.

En el caso del trastorno bipolar II, la principal característica es la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, acompañados de, por lo menos, un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos no se deben confundir con los días “normales” que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor.

Los síntomas del trastorno bipolar II provocan un malestar clínicamente significativo en el que se incluye un deterioro social, laboral o en otras áreas de la actividad del individuo. El deterioro puede ser causado por episodios depresivos mayores o por un patrón crónico de episodios afectivos poco

¹³⁸ *Ibidem.*

¹³⁹ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

predecibles, acompañado de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los individuos con trastorno bipolar II generalmente no consideran los episodios hipomaníacos como patológicos, a pesar de que los demás se ven afectados por su cambiante comportamiento. Es importante considerar que cuando se presenta un episodio depresivo mayor, los sujetos suelen no recordar episodios de hipomanía, a no ser por medio de los amigos y familiares. Por lo tanto, la información de otras personas suele ser indispensable para establecer el diagnóstico de este tipo de trastorno.

Para detectar en el trastorno bipolar tipo II, es necesario indicar la presencia del episodio actual o el más reciente fue un estado hipomaníaco o depresivo. Si es depresivo, se debe especificar el tipo de episodio, de acuerdo con los síntomas que se presentan: crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio posparto.

8.2.4 Trastorno ciclotímico

El trastorno ciclotímico se caracteriza principalmente por una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones; comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir con los criterios que corresponden a un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia y duración para corresponder con los criterios de un episodio depresivo mayor. Los síntomas deben presentarse por, al menos, dos años, sin intervalos libres de los síntomas mayores de dos meses.¹⁴⁰

El diagnóstico del trastorno ciclotímico sólo se establece si en el período inicial de dos años de síntomas no se registra ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto. Posterior ese periodo inicial, se pueden presentar episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico; en estos casos es

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 371-372.

necesario diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. Del mismo modo, después de los dos primeros años puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico. En ese caso, se deben diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II.

Este trastorno puede empezar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Un comienzo más tardío del trastorno ciclotímico sugiere un trastorno del estado de ánimo debido a alguna enfermedad médica, como es la esclerosis múltiple.

8.2.5 Trastorno bipolar no especificado

El trastorno bipolar no especificado es una categoría en la que se incluyen los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún otro trastorno bipolar específico, I ó II.

Se incluyen características como: alternancia muy rápida (en días, entre síntomas maníacos y depresivos que no cumplen con la duración mínima para un episodio depresivo mayor); episodios maníacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes; un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante; una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado, así como situaciones en las que en el diagnóstico clínico se ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero el especialista incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.¹⁴¹

8.3 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera atribuible a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo se caracteriza por depresión, disminución de intereses o del placer o, también, por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. No se debe

¹⁴¹ Ibidem, p. 374.

diagnosticar como episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, pues no se cumple totalmente con los criterios para esta diagnosis.

Es importante detectar, primero, la presencia de la enfermedad médica causante del cambio en el estado de ánimo además de establecer que tales alteraciones están relacionadas etiológicamente con la enfermedad médica, a mediante un mecanismo fisiológico.

También debe observarse si la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo primario, un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias u otro trastorno mental primario.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, en lo que se presentan síntomas depresivos, presenta el riesgo de un aumento en los intentos de suicidio y suicidio consumado. Se ha encontrado una tasa de mayor riesgo de suicidio en pacientes con padecimientos crónicos, incurables y dolorosos, entre éstos se encuentran: cáncer, lesiones medulares, úlcera péptica, enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), insuficiencia renal terminal, lesiones cerebrales, entre otros.¹⁴²

Los subtipos de este trastorno incluyen:

- Con síntomas depresivos.
- Con episodio similar al depresivo mayor.
- Con síntomas maníacos.
- Con síntomas mixtos.¹⁴³

Para codificar el trastorno se debe anotar, tanto la fenomenología específica de la alteración (incluyendo el subtipo apropiado), como la enfermedad médica que se considera causante del trastorno en el Eje I; por ejemplo, trastorno del estado de ánimo debido a tirotoxicosis con síntomas maníacos. También se debe anotar en el Eje III el diagnóstico de la enfermedad médica en el ejemplo anterior sería: Tirotoxicosis.¹⁴⁴

¹⁴² *Ibidem*, p. 327.

¹⁴³ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

¹⁴⁴ *Ibidem*.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de este tipo no se hace cuando los síntomas depresivos aparecen en el curso de una demencia tipo Alzheimer o una demencia vascular. En este caso, los síntomas depresivos se indican especificando el subtipo, junto con el estado de ánimo, por ejemplo: demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo.

8.4 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIA

La característica principal del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es la notable y persistente alteración del estado de ánimo provocada por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia. La aparición del trastorno depende de la naturaleza de la sustancia y el contexto en el que aparecen los síntomas, ya sea durante la intoxicación o la abstinencia.

Se han presentado casos en los que algunas medicaciones u otros tratamientos somáticos de la depresión pueden inducir alteraciones del estado de ánimo similares a la manía. Para determinar si el tratamiento es verdaderamente el causante o si se ha producido el inicio de un trastorno del estado de ánimo primario (mientras el sujeto estaba siguiendo el tratamiento), se necesita de un buen juicio por parte de un especialista clínico.

La presencia de este trastorno ha de codificarse siguiendo las siguientes especificaciones:

- Con síntomas depresivos.
- Con síntomas maníacos.
- Con síntomas mixtos.¹⁴⁵

En cuanto al contexto en el que se hayan iniciado los síntomas debidos a la sustancia, es preciso identificar si fue:

- -De inicio durante la intoxicación.
- -De inicio durante la abstinencia.

Para su clasificación, debe indicarse el nombre del trastorno de ánimo y la sustancia específica o el tratamiento somático.

¹⁴⁵ Información disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

Se ha encontrado una asociación entre el trastorno del estado de ánimo y el la intoxicación por el consumo de sustancias como: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína, fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, cuyos efectos son similares.¹⁴⁶.

En cuanto a los medicamentos que han provocado síntomas psicóticos se incluyen: anestésicos y analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos y medicamentos antiparkinsonianos, medicamentos antiulcerosos, medicamentos cardíacos, entre otros.

8.5 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO

En este trastorno se incluyen aquellos síntomas afectivos que no cumplen con los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo específicos y en los que es complicado elegir entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza dos listas con siete síntomas del episodio mixto y del episodio hipomaníaco.
2. Resume las características del curso y la duración del trastorno depresivo mayor.
3. Crea un reporte de la vida de un paciente con trastorno distímico.
4. Explica brevemente los síntomas del trastorno ciclotímico.
5. Esquematiza, en un mapa conceptual, los rasgos del trastorno bipolar no especificado, del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y del trastorno del estado de ánimo no especificado.

¹⁴⁶ Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, pp. 327.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué es lo que diferencia un episodio afectivo de un trastorno del estado de ánimo?
2. ¿Cómo se clasifican, según el DSM-IV, los episodios afectivos?
3. ¿Cuáles son los síntomas que se presentan en un episodio depresivo mayor?
4. ¿En qué consiste un episodio maníaco?
5. ¿Qué síntomas se presentan en el episodio mixto?
6. ¿Cómo se define el episodio hipomaníaco?
7. ¿Qué duración han de tener los síntomas de un trastorno depresivo mayor para su diagnóstico?
8. ¿Qué especificaciones han de hacerse para el trastorno distímico?
9. ¿Cuáles son las diferencias entre el trastorno bipolar I y II?
10. ¿En qué consiste el trastorno ciclotímico?

Respuestas

1. El tiempo de duración
2.
 - Episodio depresivo mayor.
 - Episodio maníaco.
 - Episodio mixto.
 - Episodio hipomaníaco.
3. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o peso, del sueño y de la actividad motora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos constantes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.
4. El episodio maníaco se define como un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal, mostrándose persistentemente elevado, expansivo e irritable, este período ha de durar por lo menos una semana para su diagnóstico. La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas,

distraibilidad (sic), aumento de actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Se presenta un deterioro social o laboral; el paciente, incluso puede precisar hospitalización o caracterizarse por síntomas psicóticos.

5. Los síntomas suelen ser agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración ha de ser muy grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o precisar hospitalización

6. Es un período determinado durante el cual se presenta un estado de ánimo anormal y es persistentemente elevado, expansivo o irritable y dura al menos cuatro días.

7. Dos meses seguidos, al menos.

8. Para su diagnóstico, la duración ha de ser de por lo menos dos meses seguidos, en los que los síntomas que se presentan cumplen con los criterios del episodio depresivo mayor.

Para la clasificación ha de especificarse, de acuerdo a la edad de inicio y al patrón característico de los síntomas, de la siguiente manera:

- Inicio temprano. Antes de los 21 años.
- Inicio tardío. A los 21 años o posterior a esa edad.

Con síntomas atípicos. Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los últimos dos años del trastorno cumple los criterio de síntomas atípicos.

9. El trastorno bipolar I, se caracteriza por la presencia de 6 criterios: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía, los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidiventes (secuelas de otras enfermedades. En el caso del trastorno bipolar II, la principal característica es la aparición de uno o más

episodios depresivos mayores, acompañados de por lo menos un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos no se han de confundir con los días “normales” que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor.

10. El trastorno ciclotímico se caracteriza principalmente por una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos.

UNIDAD 9

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

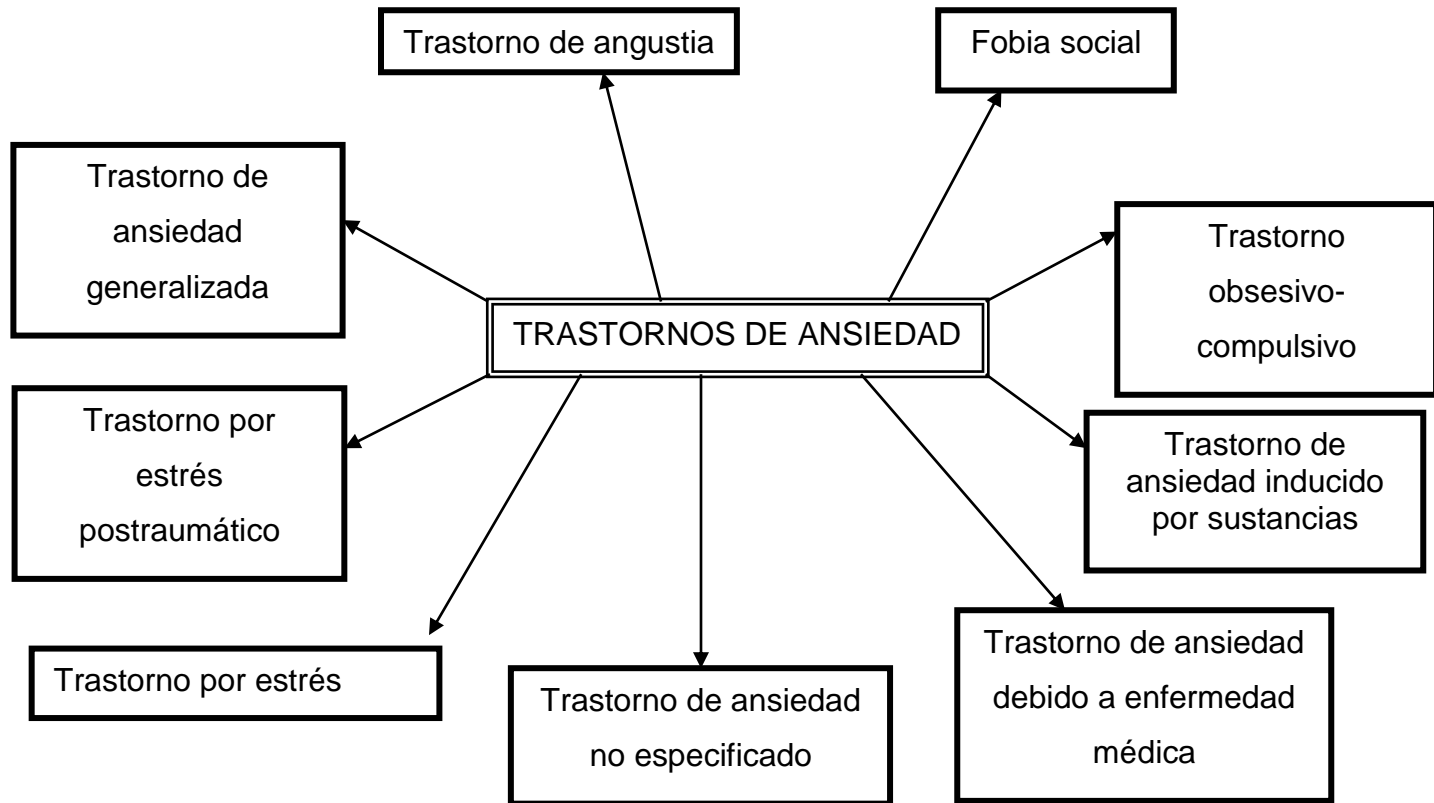
OBJETIVO

El alumno identificará los distintos trastornos de ansiedad de acuerdo a sus características y síntomas.

TEMARIO

- 9.1 CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.
- 9.2 CLASIFICACIÓN:
 - 9.2.1 *Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella), o agorafobia sin trastorno de angustia*
 - 9.2.2 *Fobia específica*
 - 9.2.3 *Fobia social*
 - 9.2.4 *Trastorno obsesivo-compulsivo*
 - 9.2.5 *Trastorno por estrés postraumático*
 - 9.2.6 *Trastorno por estrés agudo*
 - 9.2.7 *Trastorno de ansiedad generalizada*
 - 9.2.8 *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*
 - 9.2.9 *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*
 - 9.2.10 *Trastorno de ansiedad no especificado*

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

La ansiedad forma parte de los estados de ánimo más comunes y adaptativos en el ser humano; es fundamental para la supervivencia, pues permite enfrentar o escapar de situaciones que ponen en peligro la vida. Se caracteriza por miedo, inseguridad, temor y preocupación hacia ciertas situaciones; todo lo anterior provoca una respuesta fisiológica y conductual de sobresalto y huida a dichas situaciones.

Sin embargo, a pesar de ser algo normal y necesario, se convierte en patología o trastorno cuando aumenta la intensidad de éstos síntomas y su duración aumenta, incluso en ausencia de una situación peligrosa. Lo anterior conlleva consecuencias graves a nivel psicológico, emocional, y fisiológica, induciendo la presencia de otros padecimientos, lo que llega a afectar de manera notoria la calidad de vida del individuo.

A continuación se presentan los trastornos derivados de la presencia de ansiedad y se muestra una clasificación de los distintos tipos, de acuerdo con sus características más comunes.

9.1 CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad y el temor son emociones generales. Ambos términos tienen significados específicos y científicos, pero su uso común y sus características interrelacionadas las han hecho intercambiables; por ejemplo, la fobia es un tipo de ansiedad. El temor puede ser explicado como una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa reconocida. La ansiedad se define como un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar: frecuentemente se caracteriza por síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento¹⁴⁷.

La ansiedad cuenta con diferentes niveles o grados de intensidad que van desde pequeñas inquietudes, temblores notables, hasta llegar a crisis de angustia completas que incluyen extremos. Su evolución también varía, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o hasta días. Por lo que toca a su duración, también puede abarcar algunos segundos, horas, o incluso días o meses. Algunos de los episodios de angustia se reducen a diez minutos y rara vez llegan a durar más de 30.

Se han llegado a identificar otras características que diferencian los diversos tipos de ansiedad, una de ellas es su aparición, de tal modo que si la ansiedad surge de manera inesperada se llama *ansiedad espontánea* o sin *manifestación*. En los casos en los que la ansiedad ocurre de manera predecible como respuesta a situaciones específicas se denomina *ansiedad manifiesta, situacional o fóbica*. El término de *ansiedad anticipatoria* se utiliza para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares que pueden suceder o se imagina el paciente que ocurrirán.

La ansiedad comúnmente se presenta como una manifestación de la preocupación hacia varios aspectos internos o externos: la salud o por alguna situación conflictiva entre el individuo y el medio ambiente.

¹⁴⁷ López-Ibor, A. J.J. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR*. p.477.

El DSM-IV¹⁴⁸ describe los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia; trastorno de angustia con agorafobia; agorafobia sin historia de angustia; fobia específica; fobia social; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés postraumático; trastorno por estrés agudo; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno debido a enfermedad médica; trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de crisis de angustia y/o agorafobia; de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos enfermedades se muestran por separado y a continuación se presentan.

La *crisis de angustia ó ataque de pánico* se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, signos acompañados, por lo común, de sensación de muerte inminente. Otros síntomas que pueden aparecer son: falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

Existen tres tipos comunes de crisis de angustia: inesperadas, situacionales y predisuestas por alguna situación determinada. Estas categorías se relacionan con el inicio de la crisis y la presencia o ausencia de desencadenantes situacionales, que pueden ser externos o internos. Para determinar la significación del diagnóstico diferencial de la crisis de angustia es importante considerar el contexto en el que aparece.

El diagnóstico de la crisis de angustia o ataque de pánico es definido por el DSM-IV por la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas, que inicien bruscamente y alcancen su máxima intensidad en los primeros 10 minutos:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o sacudidas.

¹⁴⁸ *Ibidem.*

- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) Sensación de atragantarse.
- (6) Opresión o malestar torácico.
- (7) Náuseas o molestias abdominales.
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de sí mismo).
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) Miedo a morir.
- (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) Escalofríos o sofocaciones¹⁴⁹

En cuanto a la *agorafobia*, puede describirse como un estado que se caracteriza por la aparición de la ansiedad o comportamiento de evitación a lugares o situaciones de los que puede ser muy difícil o vergonzoso escapar, de igual manera. A menudo a los individuos que sufren este padecimiento les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de algún conocido. Además, el comportamiento de evitación puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o llevar a cabo responsabilidades domésticas. Los criterios para el diagnóstico de la agorafobia, según el DSM-IV, son:

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar puede resultar difícil (o embarazoso); en ellos puede aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación o, bien, síntomas similares a la angustia por no disponer de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen: estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

¹⁴⁹ *Ibidem*, p.478.

- B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo, limitando el número de viajes). Los individuos se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezcan una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. Se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación puede explicarse también por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (ejemplo de ello evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (es el caso de la evitación limitada a situaciones aisladas como ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (el paciente puede evitar todo lo que puede ensuciar a un individuo y desarrolla ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (el sujeto puede evitar estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).¹⁵⁰

A continuación, se presentan con más detalle las características y sintomatología de los trastornos de ansiedad.

9.2 CLASIFICACIÓN

La ansiedad es un padecimiento común en las sociedades modernas. Pero no todos los individuos manifiestan los mismos signos, como tampoco es posible atribuir a todos los casos las mismas causas. A continuación se presenta una clasificación de este trastorno, frecuente y complejo:

9.2.1 *Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella), o agorafobia sin trastorno de angustia.*

El *trastorno de angustia sin agorafobia* se caracteriza por crisis de angustia constantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. Durante por lo menos un mes, el individuo presenta constantes preocupaciones por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por

¹⁵⁰ *Ibidem*, p.482.

sus posibles implicaciones y consecuencias. También puede registrar un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. Para realizar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieran haber padecido un número considerablemente mayor. Las crisis de angustia situacionales también pueden aparecer, aunque son menos frecuentes. Es importante tener en cuenta que la frecuencia y la gravedad de las crisis de angustia varían considerablemente, así que el reporte, sobre la aparición y la intensidad de las crisis, por parte de los pacientes, son diferentes¹⁵¹.

Los individuos con crisis de angustia se preocupan de una manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstas pueden tener en su vida. Algunos llegan a creer que las crisis de angustia anuncian la aparición de una enfermedad médica (por ejemplo, por las taquicardias), a pesar que de los chequeos médicos descarten esta posibilidad.

Otros pueden creer que las crisis de angustia indican que se están volviendo “locos”, que están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional. En ocasiones, algunos pacientes con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental significativo y niegan su miedo a presentar nuevos episodios.

En el caso del *trastorno de angustia con agorafobia* se presentan crisis de angustia y agorafobia de carácter constante e inesperado¹⁵².

La *agorafobia sin trastorno de angustia* se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas parecidos a la angustia en un sujeto sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.¹⁵³ Por lo tanto, los síntomas son parecidos a los del trastorno de angustia con agorafobia.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 481.

¹⁵² *Ibidem*, p. 490.

¹⁵³ *Ibidem*.

9.2.2 *Fobia específica*

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad constante y clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación¹⁵⁴.

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. En este trastorno, la exposición al estímulo temido o fóbico, provoca, casi invariablemente, una respuesta inmediata de ansiedad.

Es importante determinar el estímulo que provoca los síntomas, pues se puede confundir con nunca crisis de angustia situacional al presentarse las mismas características. Por lo tanto, el diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de la fobia puede provocar un malestar evidente.

El paciente experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objeto o situación específicos o bien cuando anticipa su aparición. Por lo tanto la razón del miedo puede ser la misma anticipación a la aparición del peligro o daño inherente al objeto o situación.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo, y desmayarse ante la exposición del objeto temido. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del nivel de proximidad al estímulo fóbico y del grado en que la huida se ve limitada.

Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico. En ciertas ocasiones, las crisis de angustia con su sintomatología completa aparecen como respuesta al estímulo fóbico,

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 495.

especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en una situación y piensa que la huida es imposible. A veces, las crisis de angustia se demoran o no aparecen inmediatamente cuando el individuo se enfrenta con el estímulo fóbico.

Algunos adultos que padecen este trastorno pueden reconocer que la fobia es excesiva o irracional. Entre los subtipos que describe el DSM-IV se encuentran los siguientes:

- Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- Tipo ambiental. El miedo se debe situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. También ha de iniciarse este subtipo en la infancia.
- Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo se atribuye a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal común. La incidencia es mayor en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia varía en función de sexo y los antecedentes familiares. La edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.
- Otros tipos. El miedo es ocasionado por otros estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, el vómito o la adquisición de una enfermedad. Una fobia común en los niños se debe a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.¹⁵⁵

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 495.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un cuadro comparativo con la descripción de las crisis de angustia y de la agorafobia.
2. Enlista las características del trastorno de angustia sin agorafobia y busque semejanzas con objetos que tengan las mismas características o funciones.
3. Realiza un mapa conceptual que describa los tipos de fobia y sus características.

9.2.3 *Fobia social*

La fobia social se identifica por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona, lo que generalmente conlleva evitación de tales esas situaciones¹⁵⁶.

La principal característica de este trastorno es el miedo persistente y perceptible ante situaciones sociales o presentación en público por temor a que resulte vergonzoso. La exposición a estos estímulos por lo general produce una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Se observa con mayor frecuencia en jóvenes y adultos; la frecuencia es menor en niños.

Los pacientes que presentan este tipo de fobia buscan la manera de evitar situaciones sociales o actuación en público temidas; también experimentan una preocupación constante por la posibilidad de que vivir un episodio que resulten embarazoso y temen que los demás le vean como un ansioso, débiles, “locos” o estúpidos.

Entre las conductas temidas se encuentran: hablar en público, comer, beber o escribir. El modo de evitarlas es mediante crisis notorias para los demás. Respuestas autónomas como enrojecimiento son muy comunes en la fobia social.

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 502.

Los adultos con fobia social reconocen que sus temores son excesivos e irracionales, aunque esto puede no suceder con los niños.

Para establecer un diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación han de interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo, en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo. En los individuos menores de 18 años sólo los síntomas que persisten por lo menos durante seis meses permiten realizar dicho diagnóstico.

9.2.4 Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de ideas obsesivas o recurrentes que provocan ansiedad y malestares significativos en los pacientes. Además, presentan compulsiones, o conductas repetitivas, cuyo objetivo es neutralizar dicha ansiedad.¹⁵⁷

La principal característica de este trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, tan graves como para provocar grandes pérdidas de tiempo; por ejemplo: el individuo puede durar en estas actividades repetitivas más de una hora al día; o se puede presentar un notable deterioro de la actividad general, al igual que un malestar clínicamente significativo causado por las obsesiones y/o las compulsiones. En algún momento del proceso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas e irracionales.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter constante que el individuo identifica como intrusas e inapropiadas y que, a su vez, provocan una ansiedad o malestar significativos. A pesar de la conciencia que el paciente tiene sobre la irracionalidad de sus ideas y sus consecuencias, tiene la sensación de que el contenido de la obsesión se encuentra ajeno, fuera de su control y no entra en el repertorio de pensamientos que él esperaría tener.

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 510.

Entre las ideas obsesivas más frecuentes se encuentran temas sobre la contaminación, dudas repetitivas sobre algún acto realizado, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo y fantasías sexuales. Estos impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real.

Las compulsiones se conocen como comportamientos o actos mentales recurrentes, en los que el propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o algún malestar, aunque no necesariamente sean actividades placenteras o gratificantes. La mayoría de las ocasiones, las compulsiones son provocadas porque la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos.

En ciertos casos, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que se deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes se relacionan con actos de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Por lo tanto, el individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos mediante la inducción de otras ideas o actividades, es decir, compulsiones. Se ha de considerar trastorno siempre y cuando cumpla con los criterios del DSM-IV, principalmente si las obsesiones o compulsiones interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales.

9.2.5 Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se presenta posterior a un acontecimiento altamente traumático y se caracteriza por la reexperimentación del mismo. Los síntomas se presentan por el aumento de en la activación y comportamientos de evitación de estímulos relacionados con el trauma¹⁵⁸.

¹⁵⁸ *Ibidem*, p. 518.

La característica principal de este trastorno es la presencia de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático: muertes, heridos o amenazas para la vida de otras personas. También puede desencadenarse porque el sujeto conoce a un familiar u otra persona cercana que sufrió algún daño serio, que estuvo en peligro de muerte o ha sufrido heridas graves. La respuesta del individuo ha de incluir temor, desesperanza y horrores intensos.

El cuadro de síntomas descritos por el DSM-IV, incluye: la presencia de reexperimentación persistente al acontecimiento traumático; evitación persistente de los estímulos asociados al trastorno, embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y de síntomas persistentes de activación. El cuadro sintomático completo ha de estar presente más de un mes y provocar un malestar significativo y/o deterioro en la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Otros de los acontecimientos que pueden provocar tal trastorno, incluyen: el haber sido secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. Además, la probabilidad de presentar este trastorno puede verse incrementada cuando más intenso o cerca físicamente se encuentre el agente provocador del estrés.

El acontecimiento traumático puede ser nuevamente experimentado de varias formas: por medio de recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas en las que el acontecimiento se repite o es representado de otro modo. En otros casos, de manera menos frecuente, el individuo llega a experimentar estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, e incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Estos episodios, a menudo denominados *flashbacks*, son típicamente breves, pero pueden estar asociados a malestar e hipervigilancia prolongados.

Cuando el sujeto se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan el evento traumático suelen experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico.

El paciente suele hacer esfuerzos constantes por evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones acerca del suceso traumático, además de eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este comportamiento de evitación puede incluirse amnesia total con respecto a un aspecto puntual del acontecimiento. La disminución de la reactividad al mundo exterior suele aparecer un poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. Posteriormente, el individuo puede disminuir el interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una notoria disminución de la capacidad para sentir emociones. Asimismo, el paciente puede describir una sensación de futuro limitado.

Es importante señalar, que el trastorno por estrés postraumático puede iniciar a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al evento traumático, o puede haber un lapso de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se presente.

9.2.6 Trastorno por estrés agudo

Este trastorno presenta los síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, solamente que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático¹⁵⁹.

Este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo, que se expresan durante el mes posterior a la exposición de un acontecimiento traumático de carácter extremo. Durante o posterior al trauma el sujeto presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación de embotamiento, desapego o ausencia de su realidad, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Posterior al

¹⁵⁹ *Ibidem*, p. 525.

acontecimiento, éste es revivido constantemente, por lo que el paciente presenta una conducta de evitación de estímulos relacionados con el suceso que pueden inducir recuerdos del mismo, además de ansiedad o aumento de activación.

Tales signos interfieren con las actividades diarias del individuo, o deterioran notablemente su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables. De igual manera, puede presentarse una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar o sentir placer en actividades que antes resultaban agradables o gratificantes y con frecuencia tienen sentimientos de culpa, principalmente cuando hubo muertes o heridas graves en otras personas y el paciente salió ileso. A veces el sujeto tiene dificultades para concentrarse, sensación de estar separado de su cuerpo, o puede experimentar el mundo como irreal o fantástico.

Para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo, la duración las alteraciones ha de ser de por lo menos dos días y no se prolongan más allá de cuatro semanas posteriores al acontecimiento, de ser así, puede diagnosticarse como estrés postraumático.

Diversas pruebas evidencian que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Sin embargo, puede presentarse en individuos sin ningún factor que los predisponga, principalmente cuando el evento resulta ser muy traumático.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Inventa un caso de un individuo que padece fobia social, describe sus pensamientos, reacciones físicas y comportamientos.
2. Realiza un mapa conceptual o cuadro comparativo de las obsesiones y compulsiones.
3. Enlista las características del trastorno por estrés postraumático.

4. Describe las diferencias entre el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo.

9.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante, al menos, seis meses¹⁶⁰.

Las características predominantes en este trastorno son la ansiedad y la preocupación excesiva (también llamada expectación aprensiva) se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones del individuo. Éste presenta dificultades para controlar un estado de constante de preocupación y muestra, por lo menos, tres de los siguientes síntomas descritos en el DSM-IV: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

En el caso de los niños, basta con la presencia de uno de estos síntomas para su diagnóstico. Los individuos que padecen este trastorno, no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provoca constante malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su vida.

En el trastorno de ansiedad generalizada, la intensidad, duración o frecuencia de las preocupaciones son evidentemente desproporcionadas con respecto a las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder enfocar su atención en tareas importantes. En el caso de los adultos, las preocupaciones pueden estar relacionadas con circunstancias normales de la vida diaria, como: responsabilidades del trabajo, problemas económicos, la salud de algún familiar, pequeños fracasos de los hijos, entre otros problemas de carácter menos.

Los niños con este trastorno, pueden presentar preocupaciones por su rendimiento escolar, o la calidad de sus actuaciones. Es común que quieran

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 529-530.

hacer todo bien y que el centro de las preocupaciones se traslade a un objeto a otro o de una situación a otra.

Entre otros síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada se encuentran temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimiento muscular. Además muchos individuos pueden presentar síntomas somáticos como sudoración, náuseas o diarreas; respuestas de sobresalto exageradas; síntomas de hiperactividad vegetativa, por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca, dificultad para respirar, mareo y depresión.

9.2.8 TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

En este caso, el trastorno de ansiedad se presenta como consecuencia de alguna enfermedad médica.¹⁶¹

Entre los síntomas se incluye ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia, obsesiones y compulsiones. Para realizar el diagnóstico del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Es importante señalar que las alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Para su detección, los síntomas de ansiedad deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre de las enfermedades médicas que pueden provocar síntomas de ansiedad se encuentran: enfermedades endócrinas, por ejemplo: hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismos; enfermedades cardiovasculares (como insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias); enfermedades respiratorias (por ejemplo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación); enfermedades metabólicas (es el caso del déficit de vitamina B₁₂), porfirias; y enfermedades neurológicas (neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis).

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 534.

9.2.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a efectos fisiológicos directos de una droga, medicamento o sustancia tóxica.¹⁶²

En este trastorno, la existencia de síntomas de ansiedad son los que predominan, y se consideran secundarios a los efectos de una droga, en los que se pueden incluir los síntomas de intoxicación o abstinencia. Los síntomas que se presentan dependen de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen estos síntomas (durante la intoxicación o la abstinencia), el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones.

Aunque la presencia clínica del trastorno de ansiedad inducida por sustancias puede ser muy similar a otras patologías (como el trastorno de angustia, el de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo), no es necesario que se cumplan por completo con los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Además, no debe realizarse un diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias si los síntomas de ansiedad únicamente aparecen en el transcurso de un delirio.

De la misma manera que en los casos anteriores, para diagnosticarse este trastorno han de observarse malestares y deterioros a nivel social, laboral o en otras áreas de la vida del individuo.

Es importante que al realizarse el diagnóstico no se confunda la patología con el trastorno por intoxicación o abstinencia de una sustancia, si los síntomas de ansiedad son excesivos (en comparación de los que habitualmente se asocian a estos trastornos) o si los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Con respecto a las drogas, debe existir una historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio que muestren la existencia de antecedentes de dependencia, abuso, intoxicación o abstinencia.

¹⁶² *Ibidem*, 538.

Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias sólo aparecen cuando coinciden con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primaria pueden preceder al inicio del consumo de alguna sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia mantenida.

El DSM-IV indica especificar el síntoma predominante, de tal modo que ha de identificarse si aparece con: ansiedad generalizada, crisis de angustia, síntomas obsesivo-compulsivos, o síntomas fóbicos. Además, debe identificarse el contexto en que aparecen los síntomas, al inicio o durante la intoxicación o, bien, al inicio o durante la abstinencia.

9.2.10 Trastorno de ansiedad no especificado

En este apartado ingresan aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados. Algunos ejemplos, que postula el DSM-IV, son los siguientes¹⁶³:

- Trastorno mixto ansioso-depresivo: se incluyen síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no cumplan con los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico, ni de un trastorno de ansiedad específico.
- Síntomas de fobia social clínicamente significativa relacionada con un impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental.
- Situaciones en las que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, aunque el individuo no presenta el suficiente número de síntomas para cumplir todos los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
- Situaciones en las que el diagnóstico clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero en las es imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducida por alguna sustancia.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 543.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Realiza un mapa conceptual con las características del trastorno de ansiedad generalizada.
2. Investiga y describe alguna enfermedad médica que desencadene un Trastorno de Ansiedad y de qué manera ocurre eso.
3. Describe los síntomas de ansiedad que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, indique las características de la misma.
4. Escriba qué situaciones pueden ser la razón de dar un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué son las crisis de angustia ó ataques de pánico?
2. ¿En qué consiste la agorafobia?
3. ¿Cuál es la diferencia entre la ansiedad espontánea, la ansiedad manifiesta y la ansiedad anticipatoria?
4. ¿En qué consiste el trastorno de ansiedad sin agorafobia?
5. ¿Cuál es la diferencia entre la fobia específica y la fobia social?
6. ¿Qué son las obsesiones y las compulsiones?
7. ¿En qué consiste el trastorno por estrés postraumático?

Respuestas

1. La *crisis de angustia ó ataque de pánico* se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Los síntomas que pueden aparecer son: falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control. Existen tres tipos más comunes de crisis de angustia: inesperadas, situacionales y predisuestas por alguna situación determinada. Estos tipos se relacionan con el inicio de la crisis y la presencia o ausencia de desencadenantes situacionales, ya que pueden ser externos o internos.
2. Es un estado que se caracteriza por la aparición de la ansiedad o comportamiento de evitación a lugares o situaciones donde puede ser muy difícil o vergonzoso escapar o en los que la búsqueda de ayuda puede ser imposible, en el caso de que aparezca la crisis. A menudo a quienes padecen esta fobia les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de algún conocido. Además, el comportamiento de evitación puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o llevar a cabo responsabilidades domésticas.
3. La ansiedad surge de manera inesperada se llama *ansiedad espontánea* o sin *manifestación*. En los casos en los que la ansiedad ocurre de manera predecible como respuesta a situaciones específicas se denomina *ansiedad*

manifiesta, situacional o fóbica. El término de *ansiedad anticipatoria* se utiliza para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones que se cree que pueden ocurrir.

4. El *trastorno de angustia sin agorafobia* se caracteriza por crisis de angustia constantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. Durante por lo menos un mes el paciente presenta constantes preocupaciones por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo. Para realizar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas.
5. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad constante y clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La fobia social se identifica por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona, lo que generalmente conlleva conductas de evitación.
6. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter constante que el individuo identifica como intrusas e inapropiadas y que, a su vez, provocan una ansiedad o malestar significativos. Las compulsiones se conocen como comportamientos o actos mentales recurrentes, en los que el propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o algún malestar, aunque no necesariamente sean actividades placenteras o gratificantes.
7. En la presencia de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en el que el individuo se ha visto envuelto. También aparece como consecuencia de hechos que representan un peligro real para su vida o su integridad física

UNIDAD 10

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

OBJETIVO

El estudiante identificará las características de los trastornos somatomorfos para el diagnóstico y la intervención precisa a partir de la misma.

TEMARIO

10.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL

10.1.1 *Trastorno de somatización.*

10.1.2 *Trastorno somatomorfo indiferenciado*

10.1.3 *Trastorno de conversión*

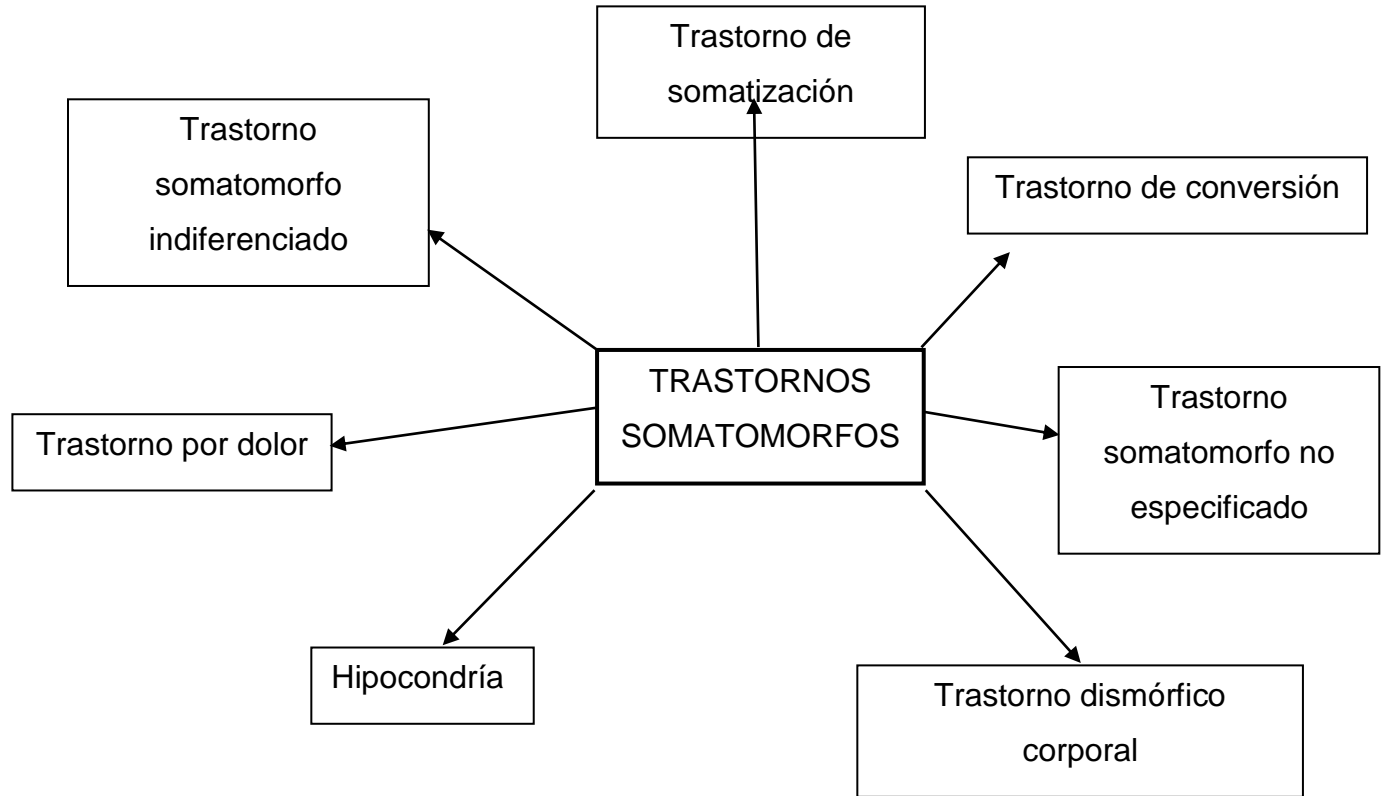
10.1.4 *Trastorno por dolor*

10.1.5 *Hipocondría*

10.1.6 *Trastorno dismórfico corporal*

10.1.7 *Trastorno somatomorfo no especificado*

MAPA CONCEPTUAL



INTRODUCCIÓN

Los trastornos somatomorfos siguen la línea de los trastornos de ansiedad, ya que se caracterizan por el temor y la preocupación excesiva; se distinguen por la constante ansiedad por experimentar síntomas físicos que sugieren trastornos somáticos o corporales. Para proporcionar un diagnóstico han de incluirse datos físicos y estudios de laboratorio que descarten la presencia de alguna enfermedad médica que explique los síntomas físicos presentes. También debe existir evidencia positiva o una suposición sólida de que los síntomas tienen un origen psicológico.

En los siguientes apartados se describen los distintos tipos de trastornos somatomorfos de acuerdo a su sintomatología.

10.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que indican una enfermedad médica, sin embargo, no pueden explicarse por la presencia de alguna enfermedad, por efectos de alguna sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas han de producir malestar significativo, deterioro de las actividades sociales, laborales, o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

Entre los trastornos que describe el DSM-IV relacionados con síntomas somatomorfes incluye los siguientes¹⁶⁴:

- Trastorno de somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor.
- Hipocondría.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Trastorno somatomorfo no especificado.

A continuación se describen con más detalle cada uno de los distintos trastornos somatomorfos.

10.1.1 Trastorno de somatización

Al trastorno de somatización se le conocía anteriormente como “histeria” o “síndrome de Briquet”; éste es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y de dolor.

El trastorno de somatización se distingue también por la presencia de un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativo. Se indica que un síntoma somático es clínicamente significativo cuando se requiere tratamiento médico o se provoca un deterioro evidente de la actividad social o laboral o en otras áreas importantes de la vida del individuo.

¹⁶⁴ López-Ibor, A. J.J. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR*. p. 545-546.

Los múltiples síntomas somáticos que se presentan no pueden ser explicados por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. En caso de aparecer en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o de otras áreas importantes de la vida diaria del individuo son mucho mayores de lo que se esperaría a partir de la historia clínica, la exploración física o pruebas de laboratorio.¹⁶⁵

Para este trastorno, debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes, por ejemplo: dolor de cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto; también se registran alteraciones diversas funciones, como: menstruación, coito, micción. De igual modo debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor. La mayoría de los sujetos con este trastorno indican la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, la diarrea y la intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a varios exámenes radiográficos; se puede llegar, incluso, a intervenciones quirúrgicas innecesarias. Además, debe haber una historia de al menos un síntoma sexual o reproductivo que se presentan junto del dolor; en el caso de las mujeres es común la menstruación irregular, menorregias o vómitos durante el embarazo; en los hombres, se puede padecer disfunción eréctil o eyaculatoria; en ambos sexos se puede mostrar, también, indiferencia sexual.

Por último, debe presentarse una historia de al menos un síntoma distinto al dolor, que sugiere la presencia de un trastorno neurológico, entre ellos: síntomas de conversión tales como coordinación o equilibrio alterados, parálisis o debilidad muscular, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, sensación de dolor o de pérdida de tacto, diplopía (ver doble), ceguera, sordera o convulsiones; síntomas disociativos como amnesia, o pérdida de conciencia distinta del desmayo¹⁶⁶.

¹⁶⁵ *Ibidem*, p. 546.

¹⁶⁶ *Ibidem*, p. 547.

Los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, aunque a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que, para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevada a cabo. Estos enfermos son visitados frecuentemente por varios médicos a la vez, lo que puede llevar a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas.

El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización; también lo están los trastornos de personalidad histriónica, límite y antisocial.

El estilo de vida de los individuos que presentan este tipo de trastornos es, a menudo, caótico y complicado, como sus historias clínicas. Por lo general, el motivo de asistencia de un especialista en salud mental, se relaciona con la presencia de importantes síntomas: ansiedad y cambios en el estado de ánimo, que pueden llevar a comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio.

El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, aunque fluctuante, que pocas veces remite de manera completa. Es poco frecuente que pase más de un año sin que el individuo que padece este trastorno busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicados. Esta enfermedad se ha de diagnosticar antes de los 25 años de edad y los primeros síntomas pueden comenzar a presentarse durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales son uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Los síntomas sexuales a menudo se asocian con conflictos maritales.

10.1.2 Trastorno somatomorfo indiferenciado

El trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que no pueden ser explicados y que persisten al menos seis

meses; tales alteraciones son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

Los síntomas más habituales son: cansancio crónico, pérdida del apetito y molestias gastrointestinales o gastrourinarias; estos signos no pueden explicarse por la presencia de alguna enfermedad médica conocida o por los efectos directos de alguna sustancia; o bien, los síntomas y el deterioro que causan son excesivos en comparación con lo que se espera por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio¹⁶⁷.

Este trastorno se considera como un tipo de clasificación o categoría residual para los cuadros somatomorfos que no cumplen los criterios de uno de los trastornos somatomorfos específicos. Debe ponerse especial atención y asegurarse de que el cuadro clínico no cumpla con los criterios para el trastorno de somatización, ya que los individuos que padecen este trastorno cuentan su historia de manera típicamente inconsistente

Los síntomas que reporta el individuo no son médicamente explicados y la preocupación por la enfermedad física puede constituir lenguajes de malestar usados para expresar inquietudes respecto a un amplio abanico de problemas personales y sociales, sin indicar necesariamente psicopatología.

10.1.3 Trastorno de conversión

El trastorno de conversión consiste en la presencia de síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, mismas que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones, debido que se ha encontrado una relación entre el inicio o la exacerbación de los síntomas y conflictos o por otros acontecimientos estresantes. No se observa que los síntomas sean intencionados ni simulados, a diferencia de lo que ocurre en otros trastornos, como el facticio o en la simulación. En el caso del trastorno de conversión no debe diagnosticarse si los síntomas o los déficits se explican por

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 551.

la presencia de algún trastorno neurológico o de otro tipo, ni por efectos de alguna sustancia, droga o medicamento.

Se detecta como trastorno cuando el malestar es clínicamente significativo, así como las consecuencias laborales, sociales o de otras áreas de actividad del individuo, o por el hecho de que se requiere atención médica. No ha de diagnosticarse si los síntomas son solamente de dolor o de disfunción sexual, ni si se aparecen solamente en el trayecto de un trastorno de somatización o por la presencia de algún otro trastorno mental.

En la antigüedad el término *conversión* provenía de la hipótesis de que el síntoma somático representa la resolución simbólica de un conflicto psicológico inconsciente que decrementa la ansiedad y sirve para mantener ese conflicto fuera de la conciencia. Los síntomas se presentan en la conversión están relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial. Los síntomas o déficits motores típicos son alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones, incluso pueden aparecer crisis o convulsiones.

Cuando el individuo posee pocos conocimientos médicos, resultan más inverosímiles son los síntomas que refiere, a diferencia de los individuos que tienen mayores conocimientos médicos; ya que ellos tienden a presentar síntomas y déficits más sutiles, extraordinariamente semejantes a alguna enfermedad neurológica o médica.

El diagnóstico de este trastorno ha de realizarse sólo cuando se haya realizado un examen médico exhaustivo destinado a descartar una etiología neurológica o de otro tipo. En este sentido, es sumamente importante actuar con extrema precaución, ya que el conocimiento que se tiene sobre las bases anatómicas y fisiológicas es limitado, a pesar del gran avance científico y tecnológico. Por lo tanto, de ser posible, es importante evitar un mal diagnóstico, como podría ser confundir este trastorno con una gran cantidad de trastornos neurológicos; algunos de ellos pueden ser: esclerosis múltiple, miastenia grave, distonías idiopáticas o inducidas por sustancias.

Dentro de los subtipos que incluye el DSM-IV se encuentran:

- Con síntoma o déficit motores.
- Con crisis o convulsiones.
- Con síntoma o déficit sensoriales.
- De presentación mixta.¹⁶⁸

Entre los rasgos característicos de los individuos con síntomas de conversión se encuentran una relativa falta de preocupación por la naturaleza o implicaciones del síntoma o actitudes de tipo dramático o histriónico. Debido a la fácil sugestionabilidad de los individuos de este tipo, sus síntomas pueden modificarse o desaparecer según los estímulos externos. Los trastornos mentales asociados también incluyen trastornos disociativos, trastorno depresivo mayor y trastornos histriónico, antisocial y por dependencia.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Enlista las diferentes zonas del cuerpo en las que se puede presentar el trastorno de somatización y los síntomas físicos que puede de experimentar.
2. Describe un individuo con síntomas o características de un trastorno somatomorfo indiferenciado.
3. Ejemplifica un caso de algún trastorno de conversión, sus características y su relación con algún problema psicológico.

10.1.4 Trastorno por dolor

El trastorno por dolor consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención médica. Además se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia. La sensación de dolor puede ser tan intensa que llega a provocar un malestar significativo deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad cotidiana del sujeto. Entre algunos ejemplos de las consecuencias que pueden provocar el dolor se encuentran: la incapacidad para trabajar o para ir a la escuela, utilización asidua del sistema

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 555-556.

sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de interacción (entre ellos, conflictos maritales o alguna alteración de la vida familia). También es evidente la transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo¹⁶⁹.

El DSM-IV identifica los siguientes subtipos, para la especificación del trastorno:

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.
- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.
- Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica.

Por otra parte, para indicar la duración del dolor, en el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos o enfermedad médica se utilizan especificaciones como:

- Agudo (si la duración del dolor es menor a seis meses).
- Crónico (si la duración del dolor es igual o mayor a seis meses).

En varios de los episodios de dolor agudo, se observa que desaparecen en un corto período. El inicio del dolor crónico es muy variable, aunque en ocasiones parece ser que cuanto más dura el dolor agudo hay más probabilidades de convertirse en crónico y persistente. Por lo general, los pacientes llegan a buscar ayuda o a acudir a los centros de salud mental cuando ya han pasado varios años desde el inicio de los síntomas. Entre los factores que influyen en la recuperación del trastorno por dolor se encuentra el conocimiento del dolor por parte del sujeto, la renuencia a esfuerzos poco productivos para controlar el dolor, la participación en actividades regularmente programadas llevadas a cabo a pesar del dolor; reconocimiento y tratamiento de trastornos mentales comórbidos; adaptación a la enfermedad crónica y no permitir que el dolor sea un factor determinante en el estilo de vida.

¹⁶⁹ *Ibidem*, p. 560.

10.1.5 Hipocondría

La hipocondría se caracteriza por la presencia de preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave, o por la convicción de que la tienen. Esto a partir de la interpretación de subjetiva del individuo de presentar uno o más síntomas somáticos, sin la presencia de alguna enfermedad física, posterior a una exploración médica que indique la congruencia entre la preocupación del paciente o los signos y síntomas que se presentan; sin embargo, las quejas, las preocupaciones y el miedo injustificado de padecer una enfermedad persisten aunque falten pruebas médicas.¹⁷⁰

La presencia de este trastorno puede provocar malestar clínicamente significativo o deterioro de tipo social, laboral o de alguna área de la vida del individuo. Tiende a persistir durante al menos seis meses para su diagnóstico.

Las preocupaciones del paciente pueden centrarse en algún órgano específico o alguna enfermedad en particular; por ejemplo, es común el miedo a padecer una enfermedad cardíaca. Por lo general, las preocupaciones hacen referencia a funciones corporales (por ejemplo: latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos); a anomalías físicas menores (como tos ocasional, o pequeñas heridas), o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (entre ellas: corazón o venas cansadas). En estos casos, el individuo atribuye cualquier síntoma o signo a la enfermedad que teme padecer, y se encuentra muy preocupado por su significado, su autenticidad y etiología.

Las exploraciones físicas son comunes, así como las pruebas diagnósticas; las explicaciones del médico no consiguen disminuir o controlar las preocupaciones del paciente. Las personas que padecen este trastorno generalmente pueden alarmarse con lecturas o comentarios sobre enfermedades graves, así como con casos relacionados con la enfermedad que les preocupa, lo que los lleva a constantemente revisar su cuerpo, identificando síntomas relacionados. En este caso, la característica central es la atención hacia la autopercepción del individuo, lo que se vuelve un tema reiterado en su conversación y causa de situaciones estresantes en su vida.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 566.

Los pacientes constantemente presentan miedo a envejecer y a morir, aunque muchos no tienen buenos hábitos de salud. Además, pueden presentar una descripción muy detallada y extensa de su historia clínica. Algo muy común es la resistencia a recibir atención de algún profesional de la salud mental, puesto que los individuos atribuyen su padecimiento a un mal diagnóstico del médico. En casos muy graves, el paciente con hipocondría puede llegar a la invalidez total.

Se ha encontrado una fuerte relación entre situaciones en las que el paciente ha presenciado la muerte o el sufrimiento de alguna persona por el padecimiento de alguna enfermedad.

10.1.6 Trastorno dismórfico corporal

El trastorno dismórfico corporal es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico, éste es imaginario, en caso contrario, la preocupación es excesiva. La misma preocupación ha de ser claramente significativa, lo que conlleva un deterioro social, laboral o de cualquier otra área de la vida.

Los síntomas que generalmente se presentan se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en algunas partes del cuerpo como la cara, la cabeza, la delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento de la piel, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. También puede haber preocupación por la forma, tamaño u otros aspectos de la nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. Aunque también otras partes del cuerpo pueden ser motivo de preocupación¹⁷¹.

Estas ideas pueden orientarse a varias partes del cuerpo en al mismo tiempo. Debido al malestar que el padecimiento provoca, los individuos tienden a evitar describir con detalle sus defectos y se limitan a hablar constantemente de su fealdad.

Muchos de los pacientes pueden presentar un malestar intenso con su supuesto defecto y constantemente describen sus preocupaciones como muy

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 570-572.

dolorosas, torturantes o devastadoras. También les resulta complicado controlar y dominar sus preocupaciones y realmente hacen poco o nada por superarlas. En consecuencia, llegan a pasar horas pensando en su defecto, hasta el nivel en que los pensamientos llegan a dominar sus vidas por completo, lo que provocando un deterioro significativo en situaciones laborales o sociales.

Entre los síntomas que se presentan en los individuos que padecen el trastorno dismórfico corporal se encuentra una gran pérdida de tiempo, en horas, frente al espejo con el objetivo de comprobar su defecto. Los mismos comportamientos, pueden llevar al individuo a evitar mirarse al espejo, llegan a tapar los objetos o a retirarlos de su sitio; en el otro extremo, los pacientes alternan períodos de observación excesiva con períodos de evitación.

10.1.7 Trastorno somatomorfo no especificado

El DSM-IV incluye esta categoría para identificar trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen con criterios para un trastorno somatomorfo específico. Los ejemplos que incluyen son:

1. Seudociesis: que es la creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como: agrandamiento de la cavidad abdominal (sin protusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamaria, así como dolores apropiados el día esperado del parto.
2. Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de seis meses de duración.
3. Un trastorno con síntomas físicos no explicados, como: cansancio o debilidad muscular, de menos de seis meses de duración, no atribuible a otro trastorno mental.¹⁷²

¹⁷² *Ibidem*, p.574.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1. Investiga las características de los subtipos de trastorno por dolor.
2. Describe las preocupaciones de un individuo que padece hipocondría.
3. Escribe los posibles pensamientos de un paciente con trastorno dismórfico corporal.
4. Investiga algún padecimiento distinto a los presentados en el texto que se incluyan en la categoría de trastorno somatomorfo no especificado.

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿En qué consiste el trastorno de somatización?
2. ¿Qué otros trastornos mentales están relacionados con el trastorno de somatización?
3. ¿Cuáles son las características del trastorno somatomorfo indiferenciado?
4. ¿En qué consiste un trastorno de conversión?
5. ¿En qué consiste el trastorno por dolor?
6. ¿Cuáles son las características de la hipocondría?
7. ¿Cuáles son los síntomas que generalmente se presentan en el trastorno dismórfico corporal?
8. ¿En qué categoría entre la pseudociencia y en qué consiste?

Respuestas

1. Se caracteriza por la presencia de un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se indica que un síntoma somático es clínicamente significativo cuando se requiere tratamiento médico, se provoca un deterioro evidente de la actividad social o laboral o se alteran otras áreas importantes de la vida del individuo. Una característica importante, se refiere a la edad de inicio de los síntomas somáticos, ya que empiezan antes de los 30 años y persisten durante varios años.
2. El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización; también lo están los trastornos de personalidad histriónica, límite y antisocial.
3. El trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que no pueden ser explicados, que persisten al menos seis meses y son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.
4. El trastorno de conversión consiste en la presencia de síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o

sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones, debido a la relación que se ha encontrado una relación entre el inicio o la exacerbación de los síntomas y conflictos por otros acontecimientos estresantes. No se observa que los síntomas sean intencionados ni simulados, a diferencia de lo que ocurre en otros trastornos. En el caso del trastorno de conversión no debe diagnosticarse si los síntomas o los déficits se explican por la presencia de algún trastorno neurológico o de otro tipo o por efectos de alguna sustancia, droga o medicamento.

5. El trastorno por dolor consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención médica. Además se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.
6. La hipocondría se caracteriza por la presencia de preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave y por la convicción en el individuo de que padece lo que cree. Esto a partir de la interpretación de subjetiva de presentar uno o más síntomas somáticos, sin la presencia de alguna enfermedad física, posterior a una exploración médica que indique la congruencia entre la preocupación del paciente o los signos y síntomas que éste dice presentar; sin embargo, las quejas, las preocupaciones y el miedo injustificado de padecer una enfermedad persisten a pesar de la falta de pruebas médicas.
7. Los síntomas que generalmente se presentan se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en algunas partes del cuerpo como la cara, la cabeza, la delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento de la piel, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. También puede haber preocupación por la forma, tamaño u otros aspectos de la nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula,

barbilla, mejillas y cabeza. Aunque también otras partes del cuerpo pueden ser motivo de preocupación.

8. Entraría en la categoría de trastorno somatomorfo no especificado, que es un padecimiento propio de las mujeres y que consiste en la creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos como agrandamiento de la cavidad abdominal (sin protusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamarias y dolores apropiados el día esperado del parto.

GLOSARIO

Abulia: pérdida de capacidad o reducción de ésta para actuar voluntariamente o tomar decisiones.

Ataxia: trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar movimientos. La marcha tambaleante y el desequilibrio postural se deben a lesiones de la médula espinal o del cerebelo que pueden ser, a su vez, secuelas de traumatismos del parto, trastornos congénitos, infecciones, trastornos degenerativos, neoplasias, sustancias tóxicas o lesiones cefálicas.

Beligerancia (beligerante): que participa en una guerra o discusión.

Bradycardia: trastorno circulatorio que consiste en la contracción regular del miocardio con una frecuencia inferior a 66 latidos por minuto. El corazón normalmente disminuye su frecuencia durante el sueño y, en algunas personas con gran entrenamiento físico, el pulso puede ser muy lento. La bradicardia patológica es un síntoma de tumores cerebrales, toxicidad por digital o vagotomía. El gasto cardíaco disminuye, por lo que pueden aparecer mareos, vértigo, dolor torácico e incluso síncope con colapso respiratorio. El tratamiento puede consistir en la administración de atropina, implantación de un marcapasos o reducción de la dosis digital.

Cataplejía (cataplexia): trastorno caracterizado por hipotonía y debilidad muscular brusca producida por alguna emoción como angustia, temor o sorpresa. Con frecuencia se asocia con la narcolepsia.

Catatonía: trastorno caracterizado por alteraciones motoras muy llamativas que suelen manifestarse por inmovilidad con rigidez muscular extrema o, más raramente, por una excesiva actividad impulsiva.

Cetoacidosis: acidosis que se acompaña de una acumulación de cetonas en el organismo, resultado de un metabolismo defectuoso de los glúcidos o carbohidratos. Sucede, fundamentalmente, como complicación de la diabetes mellitus y se caracteriza por el olor a frutas de la acetona en el aliento, confusión mental, disnea, náuseas, vómitos, deshidratación, pérdida de peso y, si no se trata, coma. El tratamiento de urgencia comprende la administración de

insulina y líquidos, así como la valoración y corrección del equilibrio de los electrolitos.

Disartria: habla difícil y mal articulada, por interferencia en el control de los músculos fonatorios, habitualmente atribuida al daño de un nervio motor central o periférico.

Discinesias: movimientos anormales involuntarios.

Distonías: posturas anormales.

Diuresis: mayor formación y secreción de orina. Es pronunciada en algunas enfermedades como la diabetes mellitus y la diabetes insípida. El café, el té, determinados alimentos, los fármacos diuréticos y algunos esteroides provocan también diuresis.

Ecolalia (ecofrasia): repetición automática y carente de sentido de las palabras o frases de otra persona; ocurre, especialmente, en la esquizofrenia.

Ecopraxia: es la imitación repetitiva de movimientos de otra persona.

Encefalitis: Trastorno inflamatorio del cerebro. Suele deberse a una infección por arbovirus transmitidos por la picadura de un mosquito infectado, pero también responde a otras causas como la intoxicación por plomo u otras sustancias o la hemorragia cerebral. Se caracteriza por cefalea, dolor en la nuca, además de trastornos neurológicos como convulsiones, alteraciones de la personalidad irritabilidad, letargia, parálisis, debilidad y coma. La evolución depende de la causa, edad, situación previa de la persona y grado de inflamación. Cuando ésta es muy intensa, con destrucción del tejido nervioso, pueden aparecer crisis convulsivas, pérdida de algún sentido especial o algún otro trastorno neurológico permanente. Incluso, puede sobrevenir la muerte.

Encefalopatía: cualquier trastorno de la estructura o función de los tejidos cerebrales. Este término se refiere particularmente a las enfermedades crónicas, destructivas o degenerativas como la encefalopatía de Wernicke.

Encopresis: incontinencia fecal.

Enuresis: incontinencia de orina, especialmente en la noche.

Farfullar: hablar de prisa y atropelladamente.

Feocromocitoma: Tumor vascular del tejido cromafín de la médula suprarrenal o de los ganglios linfáticos; se caracteriza por la hipersecreción de epinefrina y norepinefrina, que produce hipertensión persistente o intermitente. Sus signos típicos son cefalea, náuseas, vómitos, entre otros.

Hipercalcemia: elevación de las cifras de calcio sanguíneo por encima de lo normal debida, por lo general, a resorción ósea excesiva. Se da en el hiperparatiroidismo, metástasis óseas, enfermedad de Paget y osteoporosis. Se manifiesta por confusión, anorexia, dolor abdominal y dolor y debilidad musculares. Cuando es muy acusada pueden aparecer shock, insuficiencia renal y muerte.

Hipoglucemia: cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales. Puede ser provocada por la administración de dosis excesivas de insulina, por una hipersecreción de esta hormona pancreáticas o por deficiencias dietéticas. La hipoglucemia provoca debilidad, cefaleas, hambre, alteraciones visuales, ataxia, ansiedad, cambios de la personalidad, y, si no se trata, conduce al delirio, coma y muerte.

Homocistonuria: anomalía bioquímica rara que se caracteriza por la presencia del aminoácido homocisteína en la sangre y la orina debida a una serie de defectos enzimáticos de la vía metabólica de transformación de la metionina en cisteína. Se hereda con carácter autosómico recesivo, las manifestaciones clínicas son retraso mental, osteoporosis y anomalías esqueléticas, luxación del cristalino y tromboembolismo.

Lupus (lupus eritematoso sistémico): enfermedad inflamatoria crónica que afecta a gran número de sistemas del organismo. Su fisiopatología comprende fenómenos de vasculitis, afectación renal, lesiones de la piel y sistema nervioso. No se ha determinado su causa primaria, aunque se ha pensado en infecciones víricas o disfunciones del sistema inmunitario.

Meningitis: cualquier infección o inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Suele ser purulenta y se extiende al líquido contenido en el espacio subaracnoideo.

Mutismo: negativa y/o incapacidad de hablar. Puede constituir una respuesta inconsciente a conflictos emocionales y se observa más frecuentemente en sujetos catatónicos, estuporosos, histéricos o deprimidos.

Neoplasia: crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

Nistagmo: movimiento y rítmico de los ojos. Las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, rotatorias o mixtas.

Patología: estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tal y como se reflejan en la estructura y función del organismo.

Rumiar: masticar por segunda vez los alimentos que ya estuvieron en el estómago volviéndolos a la boca.

Trepanación: perforar el cráneo u otro hueso.

Verborrea: abundancia de palabras inútiles.

Vigilia: estado del que está despierto o en vela.

BIBLIOGRAFÍA

- CIE-10: *Trastornos Mentales y del Comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*, México, Limusa, 1996.
- Diccionario Océano Mosby*, España, Editorial Océano, 1996.
- DSM-IV, Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1996.
- El Manual Merk*, 7ª. ed., México, Nueva Editorial Interamericana, 1986.
- Flores í Formentí, Tomás de, *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2002.
- Goldman, H.H., *Psiquiatría General*, México, Manual Moderno, 2001.
- Gutiérrez J., Horta E., Requena E., Rodríguez, A., Sánchez X. & Talarn A., *Psicopatología clínica*, volumen I., Barcelona, PPU, 1996.
- Halguin, R.P. & Krauss, W. S., *Psicología de la anormalidad*, México, McGraw-Hill, 2009.
- Jarne E. A., Talarn C. A., Arma Y. M., Ruiz, E., Requena V.E. & i Faja H., *Psicopatología*, Barcelona, UOC, 2006.
- López-Ibor, A. J.J. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR*, Barcelona, Masson, 2005.
- Pichot, P. *DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*, Madrid, Masson, 1978.
- Sarason, I.G. & Sarason B. R. *Psicología Anormal*, 7ª, México, *Prentice Hall Hispanoamericana*, 1996.
- Tierney Lawrence, McPhee S. J., Papadakis M. A., *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México, Manual Moderno. 2004.
- Trull & Phares, *Psicología Clínica*, México, Thomson Learning, 2005, pp. 115-116.
- Vallejo, R. J., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría...*, Barcelona, Masson, 2002.

Referencias de internet

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

<http://www.d-lamente.org/sustancias/anfetaminas.htm>

http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf