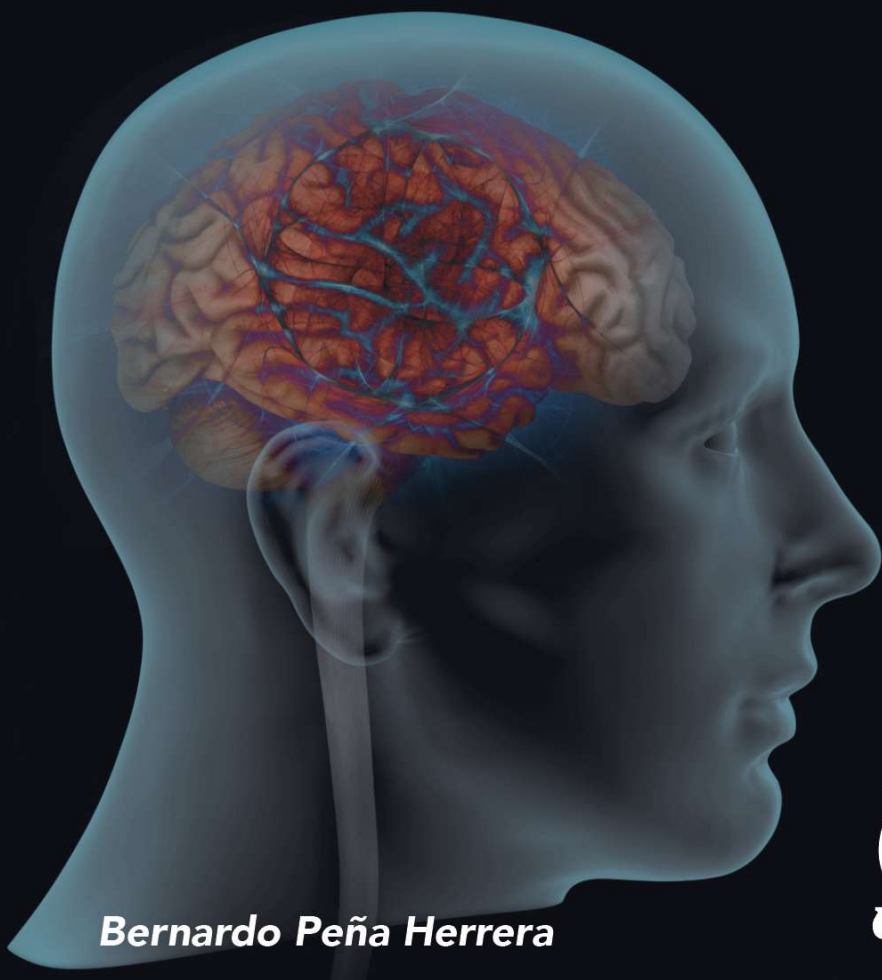


Psicopatología **GENERAL**



Bernardo Peña Herrera

U
DEES



***PSICOPATOLOGÍA
GENERAL***

Bernardo Peña Herrera, M.Sc.
2017

Universidad Espiritu Santo – Ecuador

Autor:

Bernardo Peña Herrera, M.Sc.

Editores:

Fernando Espinoza Fuentes

Alexandra Portalanza Chavarría

Asistente editorial:

Natascha Ortiz Yáñez

Cita:

(Peña-Herrera, 2018)

Referencia:

Peña-Herrera, B. (2018). Psicopatología General. Universidad Espiritu Santo - Ecuador.

Portada:

Universidad Espiritu Santo

Diagramación e impresión:

Impgraficorp S.A.

ISBN-E:

978-9978-25-229-1

Derechos reservados. Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier medio, sin la autorización escrita de los editores.

***Dedicado a mis alumnos de Psicología,
de los que tanto aprendí,
y con los que tantas horas compartí.***

Agradecimientos

***A todas aquellas personas que me ayudaron
a hacerlo posible***

Presentación

El presente libro tiene la intención de cubrir los contenidos generales de psicopatología que debe tener todo estudiante de medicina o psicología, así como el lector independiente que esté interesado en la temática.

En una primera parte se exponen los conceptos generales de la disciplina: su historia, sus axiomas y los sistemas de clasificación psiquiátricos.

La segunda parte del libro examina y analiza los procesos psicológicos básicos, así como sus principales alteraciones.

Por último, en la tercera parte, se realiza una aproximación a los principales trastornos clínicos que tienen que ver con la homeostasis y la supervivencia del individuo.

El objetivo de la presente obra es que el lector adquiera los conocimientos necesarios y suficientes para describir, analizar, interpretar y diagnosticar la conducta anormal humana.

ÍNDICE GENERAL

I: INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA.....	3
Unidad 1. Historia de la Psicopatología.....	3
Unidad 2. Modelos de conducta anormal.....	12
Unidad 3. Definición de psicopatología y conceptos básicos.....	20
Unidad 4. Sistemas de clasificación en psicopatología.....	29
II: ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS.....	34
Unidad 5. Alteraciones de la percepción.....	34
Unidad 6. Alteraciones de la conciencia y la atención.....	43
Unidad 7. Alteraciones de la memoria.....	52
Unidad 8. Alteraciones del pensamiento.....	60
Unidad 9. Alteraciones de la psicomotricidad.....	70
III: TRASTORNOS CLÍNICOS.....	79
Unidad 10. Trastornos del sueño.....	79
Unidad 11. Trastornos de la conducta sexual.....	88
Unidad 12. Trastornos de la alimentación.....	95
REFERENCIAS.....	101

I: INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA

UNIDAD 1: HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Hubo un tiempo en el que la enfermedad mental se explicó como algo ajeno a la naturaleza humana. Ha habido diferentes concepciones de la psicopatología desde los tiempos primitivos hasta la Edad Media. En ocasiones, fue asociada a un factor de origen sobrenatural (posesión demoníaca), o a un desequilibrio de fluidos y “fuerzas interiores”. En épocas más recientes, se estableció que debía ser causada por alteraciones en el sistema nervioso o por procesos “mentales” alterados (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

De lo anterior se desprende que la psicopatología, como concepto y como disciplina ha evolucionado notablemente a través de las distintas épocas históricas. Se pueden establecer 3 legados, o tradiciones muy diferenciadas. A saber: la tradición sobrenatural, biológica y la psicológica. Algunos criterios prevalecieron sobre otros dando constancia de la evolución de la psicopatología conforme los años. Más adelante los veremos:

1. La tradición sobrenatural

Las primeras y más antiguas formas de explicación de la conducta anormal eran aquellas que atribuían su origen a causas mágicas y sobrenaturales. Aquellas sociedades trataban de comprender y explicar el comportamiento desde sus creencias y desde el desconocimiento científico. La enfermedad mental era tratada con prácticas como: el encerramiento, castigos o exorcismos, dando lugar así a los primeros enfoques terapéuticos (Nolasco, 2010).

Aunque no existe mucha evidencia sobre cómo consideraban las civilizaciones prehistóricas a las conductas anormales, se tienen algunos restos arqueológicos que muestran las formas particulares de perforación en los huesos craneales (trepanación), cuya finalidad era la liberación de espíritus malignos. También se han logrado estudios de culturas poco desarrolladas que poseen similitudes a las del Paleolítico y Neolítico, pero se tiene total certeza.

Se puede decir que la tradición sobrenatural se basaba fuertemente en la idea de la posesión por parte de malos espíritus, los cuales, manejaban la mente de las personas, dando como resultado una alteración en el comportamiento, el juicio y otros síntomas físicos. Esta doctrina se conoce como “demonología”, y es la teoría que ha logrado explicar los cráneos trepanados encontrados en distintas zonas de Perú y del resto del mundo. Esta hipótesis no es la única explicación, ya que existen otras tesis donde las perforaciones pudieron ser

producto de prácticas para liberación intracraneal o simplemente traumas de algún tipo de enfrentamiento entre grupos.



Figura 1. *The Siberian Times*

Por otro lado, se tienen las prácticas de exorcismo, las cuales están presentes en documentos procedentes de sociedades preclásicas como hebreos, chinos y egipcios. Con relación a estas prácticas, el comportamiento que presentaba el paciente también se lo asociaba a la demonología, y dependiendo de cada síntoma se le atribuía la posesión a un tipo específico de demonio, o bien provenía de un castigo divino (Vallejo Ruiloba, 2015).

En los primeros años de las sociedades grecorromanas la demonología se encontraba aun presente en la explicación y tratamiento de los trastornos, aunque poco a poco se iría abandonando esta concepción. En esta época, a los espíritus se les otorgo los nombres de dos diosas, Manía y Lisa, las cuales habían sido expedidas por los estados de ira por otros dioses. Progresivamente esta idea se iba desvaneciendo con la aparición de las teorías sobre las causas físicas para la locura en el período prehipocrático, dando lugar a los centros de curación, los cuales eran muy visitados por enfermos en busca de milagros por el dios Esculapio.

1.1. Renacimiento

Después de varios siglos, en el Renacimiento, reaparece con fuerza la idea demonológica, muy influenciada por la Iglesia Católica. Se consideraba toda conducta anormal de la persona como una manifestación diabólica, o de brujería que iba en contra de Dios. Se podría decir que los términos de brujería y locura estaban muy relacionados entre sí, ya que las formas de actuar de las supuestas brujas eran las mismas que los brotes psicóticos que aquejaban a las mujeres de edad media (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008). En este siglo también aparecen los primeros centros para enfermos mentales en

distintos lugares de Europa, específicamente Barcelona, Valencia y Londres. En el siglo XVI, Paracelso relacionó el comportamiento con el movimiento de los astros, dando lugar a lo que hoy conocemos como astrología. Un siglo más tarde, empiezan a tomar gran relevancia las técnicas de observación de los síntomas de los trastornos para clasificar a los pacientes y dirigirlos a los distintos manicomios según sus necesidades. (Armayones, Horta i Faja, Jarne, Requena, & Talarn, 2006).

2. La tradición biológica

Hipócrates, médico y filósofo griego, fue el primero en explicar los orígenes naturales de las enfermedades del alma y del cuerpo, resaltando el factor fisiológico que las provocaba y proponiendo un tratamiento específico para cada una de ellas. Este hecho podría tomarse como los antecedentes más distales al modelo médico de las enfermedades físicas y mentales.

En el caso de las enfermedades del alma, Alcmeón de Crotona, en el siglo VI a. C. fue quien las relacionó con el cerebro porque lo estimaba como la cuna del razonamiento y de los pensamientos correspondientes del alma. Además propuso la integración adecuada de contrarios, es decir, de estímulos internos y externos como indicadores de salud. La falta de consonancia entre estos opuestos sería tomado como colisión o “discrasia”. La condición no patológica, el estado hedónico, sería el equilibrio o “crasia”. Otros autores como Empédocles cobran relevancia al considerarse el punto de partida para la teoría de los cuatro humores, basada en la interacción entre los elementos y cualidades (fuego/calor, tierra/sequedad, agua/humedad, aire/frío). Esta teoría revolucionaria iba totalmente en desacuerdo con los sacerdotes que aun mantenían el método de curación religioso para la causa del padecimiento.

2.1. Hipócrates

La Antigüedad Clásica se estima como un periodo crítico y de suma importancia en la historia del desarrollo humano, aquí se dio el florecimiento de la medicina occidental. Se fundó la primera escuela de medicina en la isla de Cos considerando a Hipócrates (460 a.C.-370 a.C). como el principal promotor de esta nueva rama de la ciencia, siendo reconocido como el padre de la medicina. Empezó a buscar una causa orgánica para las enfermedades que aquejaban a la mente y al cuerpo, en oposición a las ideas sobrenaturales de maldición o posesiones, dejando de lado el término “locura” y asignándole el de “enfermedad”.

Hipócrates y sus seguidores retomaron la teoría humoral, que defendía la idea de que para que exista salud en la naturaleza humana debería de haber un equilibrio entre los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra y bilis

amarilla, que correspondían a un órgano específico. Por lo tanto, algún tipo de desequilibrio en su funcionamiento sería la causa de una enfermedad específica.

Humores	Órganos
Sangre	Corazón
Flema	Cerebro-Pulmón
Bilis Amarilla	Hígado
Bilis Negra	Bazo-Estómago

Tabla 1. Los cuatro humores con sus órganos correspondientes

Hipócrates creía que los dioses, asociados a las leyes naturales, intervenían solamente en la curación, pero consideraba que la causa física de la dolencia debía ser descubierta por el médico. Con respecto al origen de los trastornos mentales coincidió con Alcmeón, concluyendo que se trata de un desequilibrio de humores en el cerebro, además hizo una primera clasificación de los trastornos: frenitis, melancolía y manía. La histeria fue uno de los trastornos no mentales, investigado por Hipócrates recogiendo datos y mediante observación de síntomas, donde concluía que se debía a la desubicación del útero por la carencia de relaciones sexuales, considerando a este órgano como cambiante.

Su contribución en el área de medicina tuvo tal impacto que se la reconoció como un conocimiento inductivo efectivo y fue la base para teorías futuras como la de Galeno y los tipos de temperamento.

2.2. Aristóteles y Platón

La irrupción en escena de Platón (429-347 a.C.) y sus nuevas tesis hacen que, poco a poco, se vaya desechando la idea hipocrática en lo que se refiere a la enfermedad mental. Éste desarrollaba la idea de que un elemento etéreo, no material, casi mágico de cada persona influía en su forma de comportamiento. Así apareció el planteamiento dualista, que expresaba la fusión de mente y cuerpo, dando como resultado dos almas: racional e irracional. Platón manifestaba que la enfermedad mental se daba cuando se perdía la conexión estable entre estas dos almas, afectando al alma irracional. Aristóteles, discípulo de Platón, apoyaba esta teoría, pero señaló que no era posible separar estas dos almas, ya que trabajan en conjunto formando una unidad. Además señalaba que el alma irracional no se podía enfermar debido a su origen espiritual e inmortal, regresando a la importancia de la estructura física para que se dé el trastorno.

2.3. Asclepiades (Siglo I a.C.)

Asclepiades, aunque no acepto la teoría de los cuatro humores, fue el primero que realizó la diferenciación entre las ilusiones, alucinaciones y delirios. Además, clasificó las enfermedades mentales como agudas y crónicas. La teoría de este exponente se basa más en las influencias ambientales y su posición va totalmente en contra de las técnicas terapeutas inhumanas realizadas con el fin de liberar a seres mágicos (Vallejo Ruiloba, 2015).

2.4. Cicerón (106-43 a.C.) y Plutarco (46-120 d.C.)

Los trastornos mentales fueron investigados por otros médicos romanos como Cicerón y Plutarco. El primero le dio gran énfasis al componente moral y filosófico empleando dos estados emocionales: “insania”, que consistía en un desequilibrio y falta de serenidad y “furor” que se mostraba de una forma mucho más intensa, desencadenando actitudes negativas por el colapso de las habilidades mentales haciendo que el individuo actué de forma contraria a las leyes. Cicerón se encargó de criticar la responsabilidad moral del enfermo y, por otro lado, Plutarco mostró interés por las descripciones clínicas y traumas de las personas que habían sufrido un desequilibrio psíquico (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.5. Galeno (130-200 d.C.)

En la época de los descubrimientos de Galeno hay que recalcar a los médicos Areteo y Sorano que se esforzaron en definir convenientemente el concepto de enfermedad mental. Las personalidades premórbidas fueron el foco inicial de interés de Areteo, quien, después de muchos trabajos de observación, expuso que los trastornos mentales son simplemente procesos normales que habían sufrido un problema en su evolución, exagerando los rasgos de la personalidad de un paciente normal. Por último, dio algunas referencias sobre cómo el mismo paciente podría oscilar entre estados de manía y depresión, al estado de lucidez.

Sorano sobresalió por su insistencia en buscar formas de entrenar personas especializadas para el cuidado de los enfermos mentales y el desarrollo terapéutico humanista, además él se encargó de extender la clasificación de los trastornos mentales elaborada anteriormente por Hipócrates, añadiendo la histeria y la hipocondría.

Las tesis de Galeno fueron las que predominaron entre los médicos de su época. Organizó y resumió toda la información obtenida de autores anteriores sobre las enfermedades mentales. Además hizo críticas, observaciones y modificó el sistema médico establecido, el cual se usó durante varios

siglos casi como dogma. No era muy diferente al planteamiento hipocrático, aunque con algunos matices. Su mayor aportación fue la teoría postulada sobre los temperamentos o tipos de personalidades. Presentó nueve mezclas principales de categorías temperamentales. Más tarde las reduciría a las cuatro más predominantes.

Otra idea de Galeno que tuvo una notable importancia fue su concepción sobre el miedo y su presencia durante las alteraciones, las cuales complican aún más el trastorno mental. Sin embargo, discrepa con Hipócrates en relación a la idea del útero, ya que lo considera normal y no como un órgano cambiante. Además, se opone a otros autores como Séneca, y su idea de que la razón es la única causante de las enfermedades.

Temperamentos	Características
Sanguíneo	Inestable, optimista y romántico de contextura robusta
Colérico	Irritable, impaciente y analítico. Postura esbelta de rasgos serios.
Melancólico	Sensible, pesimista, depresivo pero intuitivos, suelen ser muy reflexivos y creativos, contextura muy delgada.
Flemático	Apático, calmado, indiferente y muy rutinario. Su forma corporal es obesa.

Tabla 2. *Teoría de los Humores, Relación de temperamentos con sus características*

Aunque no se tiene mucha información acerca de cómo trataba Galeno las afecciones psíquicas, se sabe que proveía cuidados a personas a través de terapias muy variadas que iban desde el ayuno hasta duchas de agua fría. Además, fue uno de los primeros en usar la “psicoterapia” como método, donde existía un mentor que resaltaba defectos y guiaba al paciente a obtener el control emocional basándose en el discurso dirigido. En teoría se puede notar que el origen de las formas terapéuticas de la psicología en la actualidad nace en las civilizaciones grecorromanas (Vásquez Valverde & Fuentenebro de Diego, 1990).

2.6. Weyer

Johan Weyer (1515-1588), médico neerlandés, se suele nombrar como el padre de la psiquiatría, ya que fue él quien hizo una crítica opositora oficial a la demonología en su libro “*De Praestigiis Daemonum*”. Weyer propuso la necesidad del tratamiento médico y fue uno de los precursores de la psicoterapia basado en el tratamiento terapéutico, interpretación/comprensión

y observación de conductas. Influyo en el campo medico psiquiátrico, para los enfermos que anteriormente habían sido considerados como brujos

2.7. Mesmer

El alemán Franz Anton Mermer (1734-1815) defendió el poder y la existencia inconsciente, pero no logró desarrollar su idea. Era partidario de la idea de que los fenómenos somáticos y mentales del ser humano estaban influenciados por fuerzas -algunas de ellas ocultas- tanto externas como internas, además decía que el hombre poseía fuerzas magnéticas. Promocionó el uso y la expansión de la hipnosis como método terapéutico y sugestivo.

Realizaba sus tratamientos mediante la colocación de imanes en el cuerpo de sus pacientes, para inducir una “corriente artificial” que aliviaría los síntomas. Concluyó que era imposible que, únicamente mediante imanes, se hubiesen curado los síntomas, por lo que hipotetizó que el ser humano poseía por sí mismo un acumulado de fluido magnético. Éste se liberaría con la ayuda de los imanes empleados, a lo que denominó como “magnetismo animal” (Vásquez Valverde & Fuentenebro de Diego, 1990).

2.8. Morel y Magnan

En el siglo XIX el “organicismo” tuvo gran impacto en la psiquiatría y el análisis de las enfermedades mentales. Griesinger, en 1845, hizo énfasis en la importancia capital de los daños provocados en el cerebro, en detrimento de las llamadas “variables culturales”. Siguiendo esta línea, los franceses Morel y Magnan completan la idea localizacionista de los trastornos en el cerebro, con su “teoría degenerativa”.

La teoría degenerativa consistía en el deterioro genético, que daría lugar a una “involución” progresiva que iría desde la neurosis hasta la psicosis, terminando en la total incapacidad intelectual. Se decía que este proceso era degenerativo debido a que las personas afectadas no tenían opción a alguna cura y además que tenía un factor hereditario que iría empeorando con las futuras generaciones. Esta teoría fue aceptada por varios profesionales, aunque a finales de siglo fue perdiendo influencia, ya que la herencia -por sí sola- no era suficiente para explicar toda la casuística presente en la época.

2.9. Kraepelin

Emil Kraepelin, importante personaje del siglo XIX, va a ser muy importante en el área de la psiquiatría moderna. Es el creador de un nuevo esquema de clasificación de las alteraciones intelectuales, las cuales sirvieron como base para los sistemas actuales. Para realizar esta clasificación no se basó en el

estudio de las lesiones en áreas específicas del sistema nervioso, sino más bien en las alteraciones que se manifestaban de forma clínica con respecto al comportamiento.

Algunos de sus aportes más importantes son:

- Publicación de "Psiquiatría" texto que cuenta con nueve ediciones
- Define a la demencia precoz dependiendo de la cronicidad de su curso y la diferencia de la psicosis maniaco depresiva
- Demostró la importancia de la observación durante el transcurso de una patología en el tiempo (estudios longitudinales)

3. La tradición Psicológica

3.1. Siglo XVII Y XVIII

El trato en los centros de reclusión de enfermos mentales era, en muchas ocasiones, denigrante e inhumano. Por esta razón, surge la idea la reforma asistencial, buscando una nueva forma de funcionar para estas instituciones con el fin de brindar un tratamiento para el trastorno donde el paciente pueda tener acceso a la oportunidad de recuperación.

3.2. Pinel

En Francia, después de la Revolución Francesa, aparece uno de los exponentes más importantes en la psiquiatría, Phillippe Pinel, quien se desarrolló como director del hospital de La Bicêtre y luego fue vinculado a La Salpêtrière. Se encargó de darle un trato adecuado a los enfermos y mejoró varios aspectos de estos centros, desde la infraestructura y decoración hasta la moralidad, pasando por la alimentación y la higiene. Sus contribuciones más importantes son la clasificación de síntomas dependiendo de los trastornos y la práctica del tratamiento moral (Vallejo Ruiloba, 2015).



Figura 2. Pintura de Charles Louis Lucien Müller (1815-1892)

Pinel planteó tres principios para llevar a cabo el “tratamiento moral”: ser empático con el paciente y mostrar comprensión, sentir condolencia por el paciente y dar alternativas junto con formas de aliento para proveer confianza de llevar un mejor estilo de vida gracias a la interacción con la sociedad. El propósito de este tratamiento era «estabilizar» al enfermo a través de su propio razonamiento y contenido académico del médico, para de esta manera incentivar al análisis de los aspectos que partían del trastorno. Los resultados de este tipo de intervención fueron inmediatos y sobresalientes.

Este autor se encargó de clasificar los tipos de locura en su primera obra “*Nosographie Philosophique*”:

- Melancólica: alteración del desempeño intelectual
- Manía: excitación exagerada con o sin delirios
- Demencia: trastornos en el pensamiento
- Idiocia: Daño de capacidades intelectuales y afectos

3.3. Esquirol

Este discípulo de Pinel, continúa el trabajo de su maestro y promueve a la psiquiatría como una ciencia más específica. Esquirol da una nueva visión basada en recopilación de información obtenida de distintos casos expuestos de formas estadísticas con estructura sistemática con el fin de evaluar el progreso de los pacientes tras iniciar el proceso terapéutico. Al ser codirector de La Salpêtrière, se relaciona con el área médica y, de esta manera, logra establecer relaciones con la anatomopatología. Además de estos aportes fundó otros centros psiquiátricos en Francia, y trabajó como docente de esta nueva doctrina.

UNIDAD 2: MODELOS DE CONDUCTA ANORMAL

1. Modelos biomédicos

Este modelo presenta una serie de características esenciales:

- Las enfermedades son producidas por anomalías bioquímicas, que serían condiciones necesarias, pero no suficientes para un diagnóstico determinado. Se prescinde de las explicaciones psicológicas, o estas ocupan un lugar muy secundario en la explicación.
- El diagnóstico va a depender principalmente de la información que da el paciente, sin perjuicio de la exploración física correspondiente.
- Desestima la influencia de variables ambientales (sucesos vitales, contexto, cultura, grupo social) y psicológicas (cogniciones, emociones, afectos, conductas)
- No tiene en cuenta los mecanismos de afrontamiento de la persona, su carácter, su voluntad para vivir y sobreponerse a las situaciones estresantes.
- No trabaja en la adhesión terapéutica, ya que está influida por variables psicosociales. Por ejemplo, la motivación del paciente para el cambio y para seguir adelante pese a procedimientos que, a corto plazo, puedan suponerle una molestia o restricción de su libertad.
- Desgraciadamente, este modelo pasa por alto la relación médico-paciente, que tanto influye en el curso y pronóstico de la enfermedad. Esta perspectiva le da una importancia capital a los medicamentos, las tecnologías médico-quirúrgicas, los resultados de análisis clínicos y, en general, a procedimientos médicos y de laboratorio. Obviamente, estos temas son extremadamente importantes y no hay que desatenderlos, pero lo ideal sería un equilibrio entre lo anterior y el cultivo de la relación médico-paciente, prestando atención a las emociones, miedos, expectativas, anhelos, motivaciones del paciente, etc.

2. Modelos genéticos

Nuestra conducta es poligenética, los responsables de la conducta son varios, la contribución de estos va a dar como resultado el comportamiento.

Entorno a esto se ha desarrollado la genética cuantitativa, que se encarga de sintetizar los efectos que provocan muchos genes. Por otro lado tenemos a los genetistas conductuales, que buscan a los responsables genéticos de la conducta. Para hallar dichos responsables se realizan dos tipos de estudios.

a) Antecedentes Familiares: Se estudia a una persona con una alteración y se investiga si algún familiar la tiene también. Cuando aparecen dos generaciones con la misma enfermedad se dice que existe un alto componente genético en la enfermedad.

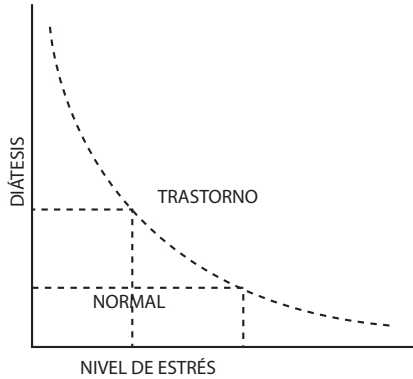
b) Estudios con gemelos: Hay dos tipos

Monocigóticos: Un óvulo fecundado por un espermatozoide que en el desarrollo se divide.

Dicigóticos: Dos óvulos fecundados por dos espermatozoides.

Los gemelos monocigóticos tienen los mismos genes, el mismo código genético. Los dicigóticos no tienen el mismo código genético. Estos estudios tienen que ser complementados con otros debido a que el ambiente influye en ellos. Por esto se realizan estudios de datos con gemelos dados en adopción, los cuales comparten el mismo código genético pero no el mismo ambiente. Los estudios son los siguientes: 1) Rastreo de hijos: Padres con trastornos psicológicos buscan a sus hijos para averiguar si estos, que fueron dados en adopción, tienen también los trastornos. 2) Rastreo de padres: Buscar a los padres de alguien que fue dado en adopción y averiguar si sus padres tienen la enfermedad. 3) Crianza Cruzada: Comparar a los hijos dados en adopción en familias normales y con trastornos

Hay una estrecha relación entre genética y ambiente. Esto ha llevado a crear una serie de modelos, llamados "Modelos de Diátesis-estrés". Estos modelos dicen que las personas heredamos la tendencia a expresar un rasgo o comportamiento (estos genes pueden activarse en condiciones de estrés), que tenemos una vulnerabilidad heredada a los trastornos, y de que estos se manifiesten va a depender de los acontecimientos vitales de nuestra vida. Los factores de estrés no son universales. No a todo el mundo le estresa un mismo hecho, ni de igual manera. Muchos acontecimientos pueden ser positivos y a la vez estresantes. Eso depende de la persona.



Tendencia heredada se refiere a la diátesis o vulnerabilidad. Las drogas pueden producir alguna enfermedad aun estando en niveles de diátesis pequeños. Ej.: Alucinaciones. Un suceso vital determinado es el que puede producir un trastorno, este suceso es denominado como “estresor”. El tener una alta probabilidad de depresión, por ejemplo, significa tener un mayor nivel de estrés. Se puede tener poca diátesis y acabar desarrollando una psicosis, por ejemplo, tomando drogas.

Hay una variable que puede alterar esto, los factores de protección: elementos externos que pueden conseguir que aunque haya vulnerabilidad o estrés no se desarrolle una enfermedad.

3. Modelo psicoanalítico

El modelo psicoanalítico, cuyo máximo exponente es Sigmund Freud, tiene dos características principales: 1) Los trastornos generalmente son el resultado de experiencias traumáticas tempranas y 2) Estos traumas operan a nivel inconsciente. Los síntomas no serían más que manifestaciones “superficiales o visibles” de tales traumas. Por tanto, para lograr la curación se requiere bucear en el inconsciente para llegar a las causas primordiales del trastorno. El modelo supone que, una vez hecha consciente la causa, a través de un proceso de análisis largo y sumamente complejo, los síntomas se reducirán o desaparecerán. La misión de terapeuta es lograr este *insight* en el paciente.

Freud defendía que la personalidad se componía de 3 elementos principales: el ello, el yo y el superyó, siendo todas las conductas fruto de sus interacciones. El ello sería la instancia más antigua de la personalidad, que representa los instintos y que opera bajo el principio del placer (buscando la gratificación inmediata de estos instintos). El yo es la estructura que media entre el ello y el superyó, y representa la parte racional de la personalidad (opera bajo el principio de la realidad). Por último, el superyó sería la voz de conciencia, encargada de los juicios morales y la ética personal.

Cuando el yo no puede controlar el conflicto entre el ello y el superyó, se genera ansiedad, y hace que este se tenga que defender, poniendo en marcha mecanismos de defensa, para disminuir la ansiedad, siendo esta activación inconsciente. Estos mecanismos pueden ser adaptativos o desadaptativos. Freud dice que lo que ocurre con las fobias y con las obsesiones es que cuando el conflicto interno es muy grande, la ansiedad que se genera es muy alta. La defensa que utiliza el yo va a ser para disminuir la ansiedad.

Los mecanismos de defensa son muchos, pero solo expondremos los más importantes:

- **Negación:** Es el rechazo, por parte de la persona de reconocer o aceptar la realidad. Ej. Negarse a creer que uno tenga una enfermedad.
- **Desplazamiento:** Es transferir a otra persona el sentimiento que te genera incomodidad. Ej. Agresión al equipo de fútbol contrario.
- **Proyección:** Atribuir falsamente a otros sentimientos que en nosotros resultan inaceptables. Ej. Cuando una persona dice que alguien se siente atraído por ella, cuando es ella misma la que se siente atraída por esa persona.
- **Racionalización:** Ocultar las verdaderas motivaciones de algo aplicando la lógica, explicándolo. Ej. Decirse a sí mismo “como todo el mundo lo hace yo no tengo porque sentirme culpable”.
- **Formación reactiva:** Una conducta que no es aceptada es sustituida por su opuesta. Ej. Tratar a alguien que nos desagrada de forma muy amistosa.

- **Represión:** Bloquear algo que alguien desea hacer pero le perturba por eso lo bloquea. Ej. Olvido de hechos traumáticos.
- **Sublimación:** Ordenar los sentimientos desadaptativos y convertirlos en una conducta social adaptable. Ej. Impulsos sexuales desplazados en actividades como la pintura o el cuidado de niños.

En cuanto se vuelven conscientes dejan de ser mecanismos de defensa.

Freud también enfatizó el papel de los instintos como fuente de motivación humana. Por ejemplo, la libido (de origen sexual), y los instintos agresivos requerían fuertes restricciones sociales y culturales para impedir el caos. También habló de las pulsiones, como fuente del comportamiento: el Eros, o la pulsión de vida y amor, y el Thanatos, o la pulsión de muerte (el deseo del individuo por retornar a un estado inorgánico).

De acuerdo al modelo psicoanalítico, la personalidad se desarrolla a través de una serie de fases:

- **Fase oral.** Dura desde el nacimiento hasta el primer año de vida. El individuo interactúa con el mundo a través de la boca, convirtiéndose ésta, en la principal zona erógena.
- **Fase anal.** Es la segunda fase de evolución de la libido. Va desde el primer al tercer año. En esta fase, el sujeto obtiene placer a través de las sensaciones de tensión-distensión del ano (por ejemplo, durante la defecación).
- **Fase fálica.** Es la tercera etapa del desarrollo psicosexual, que comprende de los 3 a los 6 años. Los genitales del niño son su principal zona erógena y de satisfacción. En esta fase se dará el complejo de Edipo, en el cual el niño reprimirá sus deseos carnales con el progenitor de sexo contrario y se identificará con el progenitor del mismo sexo. Tras la resolución del Edipo, se formará el superyó.

- **Período de latencia.** Se extiende desde los 6 años hasta la pubertad. El niño mantendrá a raya sus impulsos sexuales y preferirá centrarse en actividades externas, como el estudio, las aficiones, etc.
- **Fase genital.** La última fase del desarrollo psicosexual, que comprende desde la pubertad hasta la adultez, en la cual el sujeto está preparado para dar y obtener placer y amor a los demás. Las zonas erógenas principales se encuentran en los genitales.

4. Ciencias cognitivo-conductuales

En los años 60 del siglo XX, en EE.UU., se produce todo un *boom* de teorías psicológicas, que ofrecerían una alternativa nada desdeñable a los modelos biomédicos.

Van a dar mucha importancia a la reacción entre estímulo y respuesta. Hablan del concepto del reforzador, que es todo aquello que aumenta la probabilidad de aparición de una respuesta. Los reforzadores son personales, no universales. Pueden ser positivos o negativos. Un reforzador positivo es cualquier consecuencia que, agregada a una respuesta, hace que ésta aumente. Un reforzador negativo se basa en la retirada una consecuencia, haciendo que la respuesta aumente.

El conductismo le da gran importancia al aprendizaje, por lo que tanto la conducta normal como la anormal son fruto del aprendizaje. Si una conducta se refuerza, se mantiene; si una conducta se castiga, desaparece. Estos modelos intentan des-patologizar a las personas. Las causas de un trastorno se deberían a un mal aprendizaje. Si algo se aprendió mal, o deficientemente, nada impida que pueda aprenderse bien, de forma correcta.

Desde estos modelos podemos encontrar muchas ideas interesantes:

- Por ejemplo, Pavlov, desde el condicionamiento clásico nos dice que la respuesta que un organismo da de forma automática a un estímulo, se transfiere a un estímulo nuevo por medio de asociación entre dos estímulos.

- Skinner, desde el condicionamiento operante, nos indica que el organismo da una respuesta antes de ocurra el reforzamiento. El organismo va dar una respuesta en función de las consecuencias que tenga.
- Robert Rescorla señala que si dos sucesos que aparecen juntos en el tiempo, no tiene por haber un condicionamiento. Por ello defiende que son los procesos cognitivos los que se ponen en marcha y son lo que determinan si hay o no aprendizaje.
- Martin Seligman estudió la “Indefensión aprendida” a través de modelos animales, extrapolando los resultados a seres humanos. Cuando alguien no sabe lo que hacer o percibe que no puede controlar una situación, se origina una psicopatología con déficits en las áreas psicológica, emotiva y motivacional que se asocia a la depresión.
- Albert Bandura resalta la importancia del “Moldeamiento”. No sólo existe el aprendizaje por contingencias directas con la situación, sino que también podemos aprender mediante la observación.
- Aaron Beck fue el precursor de la “Terapia cognitiva-conductual”. Ideó un método para afrontar las atribuciones y actitudes incorrectas que están asociadas con la indefensión aprendida y la depresión. Propuso la idea de la triada cognitiva para la depresión: una evaluación negativa de la propia vida, de los demás y del futuro. Trabajó intentando modificar estas cogniciones en sus pacientes, para conseguir subsecuentemente el cambio conductual.
- Albert Ellis, precursor de la “Terapia racional-emotiva”. Trabaja con las experiencias irracionales, centrándose en las creencias irracionales y aplicándola a todo tipo de trastornos, ya que estas estarían en la base de esos trastornos. Al mismo tiempo, proporciona técnicas para aprender a detectar estas creencias y modificarlas, favoreciendo una nueva filosofía de vida.

5. Perspectiva humanista

Durante mucho tiempo fue considerada como la “tercera vía en psicología”, ya que planteaba una alternativa tanto al psicoanálisis como al conductismo.

Si puede resaltarse un concepto de esta perspectiva es el de autorrealización. Todos podemos tener una disposición más elevada y trascendente en cualquier área, como la laboral, familiar, social..., siempre y cuando tengamos la voluntad de crecer. La persona debe tomar conciencia de que tiene libertad de decisión. También se indica que hay una serie de condiciones que pueden bloquear nuestra autorrealización. Muchas de las situaciones que impiden el crecimiento son externas a la persona. En este contexto, Carl Rogers idea la terapia centrada en el cliente, donde el terapeuta tiene un papel más cercano y empático, e intenta no hacer valoraciones.

6. Perspectiva comunitaria

Desde los modelos comunitarios no se habla de enfermedades mentales porque cuando se habla de ello se piensa que estamos etiquetando a una persona o grupo, y nos relacionamos con dicha persona por su etiqueta. Se prefiere hablar de una conducta desadaptada como resultado de una forma ineficaz de manejar el estrés. Se piensa que el problema no es solo de la persona sino de la sociedad y de la cultura. La perspectiva comunitaria busca los condicionantes sociales y culturales que pueden hacer aparecer las conductas desadaptadas o anormales. Se entiende por conducta desadaptada toda aquella producida cuando la persona no es capaz de controlar el estrés general. Hace un énfasis especial en la prevención.

UNIDAD 3: CONCEPTOS BÁSICOS EN PSICOPATOLOGÍA

1. Generalidades

La psicopatología es una ciencia que estudia la naturaleza de los trastornos psicológicos. Etimológicamente está formado por: *psyque*- proviene del griego, y significa alma humana, y *pathos*- significa enfermedad y *-logía* quiere decir ciencia o discusión. Por lo tanto, al estudiar las patologías del alma, se la considera una ciencia de la salud que describe y analiza la variabilidad del pensamiento y comportamiento humano en su entorno personal y social.

Esta ciencia, al estudiar los procesos mentales “no sanos o anormales”, debe hacer referencia a signos y síntomas característicos de cada patología. El signo es la manifestación objetiva, cuantitativa y observable de una enfermedad. Por ej: La ansiedad produce un pulso arterial acelerado (>100 lpm). El síntoma es la manifestación subjetiva relacionada por el paciente (no observable) de un estado patológico. Por ejemplo: malestar general, sensación de ahogo, etc. Finalmente, tenemos el síndrome, que sería la agrupación de signos y síntomas que, basadas en su frecuente concurrencia, pueden sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una elección terapéutica comunes.

La psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría, para lo cual precisa delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica. El síntoma no es el único objeto de estudio sino también la personalidad, estructura familiar, conducta patológica y entorno social. Por otro lado, la psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de las patologías psiquiátricas hasta los trastornos psíquicos. (Vallejo, 2015).

Los aspectos diferenciales entre psicopatología y psiquiatría son:

- a) La psicopatología estudia las reglas y los conceptos generales, mientras que la psiquiatría estudia el caso del paciente específico.
- b) La psicopatología es una ciencia en sí que define a las patologías mentales, a diferencia de la psiquiatría que se basa en dicha ciencia.
- c) La psicopatología va descomponiendo al ser humano en características psíquicas más pequeñas, a diferencia de la psiquiatría que ve al paciente con un enfoque más global. (J. Vallejo, 2015).

Es importante considerar la estrecha relación de la psicopatología con la medicina (psiquiatría) debido a que los humanos somos seres corpóreos, que vivimos en una armonía fisiológica sistémica, en un estado de homeostasis o equilibrio. Si dicho equilibrio se afecta, aparecerán las patologías.

2. Salud Mental

La Organización mundial de la salud a la salud, conocida por sus siglas como OMS, conceptualiza a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. No sentir malestar no es sinónimo de salud, es mucho más complejo que eso, ya que existe una etapa subclínica en las patologías en las que todavía no se manifiesta la enfermedad. También existen patologías que no presentan manifestaciones clínicas hasta etapas más tardías como en el cáncer. Dicho esto, y según Apreda (2010), la salud no sería la ausencia de enfermedad sino el equilibrio en el conjunto de factores: biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales que permiten el desarrollo individual de la persona. Contrario a la salud, estaría la enfermedad, la cual es una alteración física ó psicológica de ese balance, que puede presentar fenómenos morfológicos, bioquímicos y funcionales que entorpecen ó incapacitan el desenvolvimiento habitual del individuo.

¿Qué se entiende por salud y por enfermedad en psicopatología? La salud mental es la capacidad individual de cada persona para interactuar con su medio, lo que le permite al sujeto resolver cualquier adversidad que se presente en el día a día. A pesar de la dificultad de la tarea, una persona mentalmente sana cuenta con las capacidades de afrontar los problemas satisfactoriamente. Para que una persona sea considerada sana mentalmente debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Sensación subjetiva de bienestar biopsicosocial: Es importante que haya un balance positivo entre el yo interno y externo de la persona, ya que todo esto influye en su bienestar.
- b) Percepción de la integridad física, emocional, social, etc.: visión que tiene la persona hacia sí mismo. Hay salud si no percibe que existen amenazas a su integridad.
- c) Resistencia y buenos mecanismos de afrontamiento al estrés y tolerancia a la frustración.
- d) Percepción coherente, positiva y realista de sí mismo, del mundo que le rodea y de los demás.
- e) El sujeto se encuentra ajustado a su ambiente psicosocial y se percibe como autónomo y competente: Puede comunicarse y desenvolverse correctamente de acuerdo al ambiente en el que se encuentra.

Según Erich Fromm: “Desde el punto de vista social, una persona cuenta con salud mental si es capaz de desempeñar en la sociedad la función que le atañe; es decir, si es capaz de participar en el proceso de la producción económica de dicha sociedad. En cambio, desde el punto de vista individual,

salud o normalidad es el óptimo de desarrollo y felicidad del individuo”. La salud mental es subjetiva porque se desarrolla diferente en cada persona ya que, varía dependiendo de la personalidad, las aspiraciones, los valores morales y el entorno familiar y cultural.

3. Normalidad

Según la Real Academia Española (RAE), la normalidad es aquello que por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. De manera que se halla en su estado natural y sirve como regla. (Nolasco, 2010).

3.1. Criterios de normalidad en el funcionamiento psicosocial:

- Normativo o Social:

A pesar de que la conducta humana es muy variada y se ve influenciada por muchos factores como la familia o la cultura, con regularidad existen ciertos patrones que se repiten a nivel internacional y son los que se utilizan para definir una normalidad estándar.

- Estadístico:

Lo que se encuentra en la media es lo que se considera normal. Por ejemplo: la campana de Gauss. La talla, peso, CI pueden ser evaluados bajo este criterio. En este caso, como los resultados estadísticos también son influenciados por la cultura. En psicología existen los baremos. Estos son tablas numéricas que se utilizan en psicometría para registrar los resultados obtenidos en una prueba y ser comparados en relación al grupo cultural al que pertenece la persona. Aquí es importante la normalidad porque los resultados son buenos/malos ó altos/bajos sólo cuando se tiene en cuenta el contexto social de la persona que se está estudiando.

- Patológico:

Según Nolasco (2010), se considera normal lo que no hace daño y anormal ó patológico lo dañino o disfuncional.

4. Anormalidad

Anormalidad es cualquier alteración de la normalidad mencionada anteriormente. Puede referirse a situaciones infrecuentes o extremos que se desvían del promedio común. Para considerar una conducta como anormal, hay que considerar que la persona que la padece, padece también sufrimiento por tener esa conducta o esa enfermedad. Cuando ocurre esto, lo normal es que la persona pida ayuda.

4.1. Criterios de anormalidad en el funcionamiento psicosocial:

- Sufrimiento o angustia personal:

El dolor físico ó emocional es normal en ciertas circunstancias de la vida. La angustia se manifiesta cuando existe un estado emocional doloroso ó negativo, fuerte y prolongado. Se considera anormal cuando este estado se da de manera exagerada que hasta puede llegar a incapacitar a la persona. En ciertos casos puede provocar: taquicardia, aumento de la presión arterial, náuseas y vómitos, ansiedad, ataques de asma y úlceras.

Los psicólogos y psiquiatras deben distinguir qué significa exactamente el sufrimiento de una persona. Se deben tomar en cuenta tres aspectos: “saber que sufre”, “saber qué sufre”, y “saber por qué sufre”. A pesar de la similitud de las frases mencionadas, en la consulta tienen grandes diferencias. Se puede saber que el paciente sufre por manifestaciones observables como llanto y temblores. También por manifestaciones verbales: “me angustia que... me duele..”, etc. Por último, es importante identificar ese sufrimiento; no es lo mismo angustiarse por celos, envidia, depresión, o el sufrimiento de alguien que está padeciendo de alucinaciones. Finalmente, se busca encontrar la explicación de ese sufrimiento al saber el “por qué sufre”. En este momento, se analizarán posibles causas de la angustia (Cortese, 2004).

- Deterioro:

Se da cuando los niveles de angustia se exacerban hasta un punto en que se producen desequilibrios en su entorno a nivel laboral, social, familiar. El deterioro implica una reducción en la capacidad de una persona para funcionar en un nivel promedio. Por ejemplo: Si la persona tiene fobia a hablar en público y debe exponer una tesis delante de un grupo de personas, contando con toda la capacidad cognitiva y lingüística para explicar el tema, su capacidad expresiva puede ver gravemente comprometida. El nivel de tensión puede ser tan alto que le es imposible continuar con la presentación de la tesis (Halgin & Krauss, 2009).

- Irrracionalidad e incomprendibilidad:

Consideramos una conducta anormal, porque desde fuera se ve extraña, difícil de comprender. Ej. Las alucinaciones.

- Comportamiento social y cultural inaceptable:

Un comportamiento se considera socialmente inaceptable cuando observamos conductas que no van acorde, ni están relacionadas al contexto social en el que se desarrollan. En alguna cultura puede ser normal el canibalismo, puede estar bien visto y ser considerado como un deber. Sin embargo, en nuestra cultura occidental está visto como anormal e inaceptable.

- Riesgo para sí mismo o para otras personas:

Existen ocasiones en las que personas pueden comportarse de forma que se hagan daño a sí mismos o a otros. Podría ser de forma involuntaria o totalmente voluntaria. En 1976, la Corte de California decretó que los psicólogos tenían la responsabilidad y obligación de evaluar la peligrosidad en pacientes. Entre los riesgos más graves están el suicidio o el asesinato.

- Violación de los códigos ideales y morales:

Una conducta será considerada anormal si rompe esos códigos y/o la sociedad piensa que esa conducta entra en conflicto con los valores de la misma.

4.2. Principios generales de la psicopatología

- Principio 1:

Ningún criterio por sí solo, o aisladamente, es suficiente para definir un comportamiento, sentimiento o actividad mental como desviada, anormal o psicopatológica.

- Principio 2:

Ninguna conducta, emoción, sentimiento o actividad cognitiva es, por sí misma, psicopatológica.

- Principio 3:

Padecer una psicopatología representa un obstáculo serio para el desarrollo individual o para su grupo social más cercano.

- Principio 4:

Los elementos que definen una cognición o conducta como patológica, no difieren de los que definen la normalidad, más que en términos de grado, extensión y repercusiones.

- Principio 5:

La presencia de psicopatologías no conlleva necesariamente ausencia de salud mental ya que, como analizamos anteriormente, éste es un concepto más amplio.

- Principio 6:

Salud no implica ausencia de enfermedad.

4.3. Causas:

Existen 3 dimensiones de las cuales se pueden tratar de comprender las conductas anormales:

- Causas biológicas:

Es importante considerar que los sucesos biológicos pueden ser la causa del padecimiento de la persona. Se busca encontrar explicaciones genéticas ó funcionales. Por ejemplo: la depresión puede ser una manifestación de hipotiroidismo o de un déficit de serotonina.

- Causas psicológicas:

En este aspecto se toman en cuenta las experiencias personales pasadas que pueden ser las causantes del comportamiento actual: Por ejemplo, el modo de interpretar las experiencias o el déficit en la regulación emocional.

- Causas socioculturales:

El entorno sociocultural de la persona es muy importante porque es en este donde aquella se desenvuelve. Entre las causas socioculturales puede estar: problemas con algún círculo social ó la deshumanización cultural que hay en estos días. (Halgin & Krauss, 2009)

5. Epidemiología

- Epidemiología: Estudio científico de las relaciones entre las enfermedades o desviaciones de la conducta, y por otro lado, variables sociales, geográficas o ambientales. Que haya relaciones no quiere decir que haya causalidad.

- Prevalencia: porcentaje de casos antiguos más los nuevos dentro de un periodo de tiempo determinado.

Ej. En Samborondón habitaban 600 personas en el año 2013, 18 de ellas sufrían de diabetes. Según esto, la prevalencia indica que (18 entre 600 por 100) existe un porcentaje de 3% de esta enfermedad en este pueblo en ese año.

- Incidencia: Tanto por ciento de casos nuevos de un trastorno en una población, en un período de tiempo establecido.

Ej. En Samborondón habitaban 600 personas en el año 2013, 18 de ellas sufren de diabetes. De manera que existe un porcentaje del 3% de esta enfermedad en esta localidad en ese año. En el 2015, 30 habitantes en total sufren la enfermedad, habiéndose incrementado el número de casos en 12. Por lo que la incidencia sería que aumentado en un 2% esta enfermedad en la población.

- Anamnesis: Es el desarrollo de la historia clínica del paciente en la que se recopilan datos sobre sus antecedentes sociales y culturales, económicos, médicos familiares y personales.
- Etiología: estudio de la causalidad de las patologías.
- Diagnóstico: Intento por describir, evaluar y esbozar de manera sistemática inferencias acerca del trastorno psicológico de un individuo (Sue, Sue & Sue, 2010).
- Pronóstico: probabilidad de mejora dentro del curso natural de las patologías.

6. Factores culturales, sociales e interpersonales

6.1. Factores culturales

Hay algunas enfermedades que aparecen en todas las culturas (universales) y otras que no (culturales).

En Sudamérica hay un trastorno al que llaman “susto” basado en unos síntomas de ansiedad (irritabilidad, insomnio, fobias, aspectos somáticos, etc.). La cultura va a determinar en gran medida la explicación a esa enfermedad.

El cuadro va estar producido por personas que están sometidas a la magia negra y la brujería. Se considera que el susto está provocado por mal de ojo y debe curarse con magia y brujería porque así se ha producido.

Esto viene a demostrar que la cultura influye en la forma y el contenido del trastorno. Dependiendo del lugar la definición del mismo cambia.

6.2. Roles de género

Los roles de género suelen marcar diferencias entre los trastornos, como por ejemplo, en las fobias. Está mal visto que los hombres griten ante un ratón, sin embargo no está mal visto que grite una mujer. Los índices en alcoholismo en varones con ataque de pánico son mayores que los de mujeres, y el índice de bulimia nerviosa es más alto en mujeres que en hombres. Los que los roles que se atribuyen a cada género, condicionan diferencias en los trastornos.

Los ataques de pánico aparecen por igual en hombres que en mujeres. Si algún hombre sufre una fobia a los insectos por ejemplo, lo ocultará con alcohol. Las mujeres lo manifestaran mediante una bulimia nerviosa por ejemplo, puesto que recurrir al alcohol está mal visto para ellas.

7. Factores de riesgo y protección

Hace referencia a cuando se encuentra una relación significativa entre un trastorno o desviación de la conducta y elementos geográficos, ambientales y sociales. Conociendo los factores de riesgos podemos evitar los trastornos.

Edad: Los pacientes más jóvenes son más propensos a padecer trastornos mentales. Los investigadores conocen la existencia de determinados períodos críticos del desarrollo, donde somos más susceptibles a padecer trastornos mentales, estando los más importantes en la infancia y la adolescencia. En la edad adulta generalmente se goza mayor estabilidad en la personalidad, lo que ayuda a proteger al individuo de las psicopatologías.

Estado Civil: Las personas de estado civil solteros, divorciados o separados tienen mayor probabilidad de trastornos mentales que los casados. Los casados gozan, generalmente, de una mayor estabilidad emocional, social y laboral, sea por su estilo de vida o por las circunstancias. En definitiva, hay previsibilidad y una consecuente disminución de la incertidumbre, que conduciría a una mayor ansiedad.

Educación: En niveles educativos más altos hay menos probabilidades de padecer enfermedades que en niveles educativos bajos. Una mejor educación ayuda a las personas a ocupar puestos laborales más estables y mejor remunerados, teniendo un mayor acceso a los servicios. Además, la educación ayuda a explicar y poder reatribuir un significado a los síntomas.

Ingreso personal: Relación inversamente proporcional que indica que a mayor ingreso, menores son las posibilidades de padecer patologías mentales. Volvemos a la cuestión anterior; mayores ingresos significa mayor (y mejor) acceso a los servicios de salud, ocio, etc. Todos estos son factores de protección contra los trastornos mentales.

Condición laboral: Los que tienen trabajo padecen menos trastornos. Esto tiene que ver seguramente con que la vida de estas personas está más estructurada, cumplen un horario y, de alguna forma, nuestro trabajo forma parte de nuestra autoestima y nuestro autoconcepto.

Contactos con los amigos: Cuanto más amigos y apoyo social, menor posibilidad de sufrir trastornos. Las conductas de ayuda y de intercambio prosocial son factores protectores contra los trastornos mentales. No es de extrañar su mayor prevalencia en sujetos aislados socialmente.

Felicidad conyugal: A mayor satisfacción conyugal, disminuyen las probabilidades de tener trastornos psicológicos. Tiene que ver con la

necesidad de estima y de seguridad, muy unidas a los sentimientos de amor, protección y de intimidad, todos ellos actúan como barrera protectora contra trastornos mentales.

8. Resiliencia

Muchas personas pasan por momentos difíciles, angustiosos, situaciones límite (como desastres naturales, fallecimiento de familiares, peligro de muerte, etc.).

Estas situaciones inoculan una fuerte carga de estrés al sujeto, que pueden desembocar en una psicopatología. En estos casos, la resiliencia se define como la capacidad para manejar efectivamente estas situaciones y sobreponerse al sufrimiento que generan a través de mecanismos de afrontamiento psicológicos positivos. Las personas resilientes tendrán, por tanto, menores posibilidades de padecer una enfermedad mental. Cabe señalar que se puede enseñar a las personas a ser más resilientes, tal y como se manifiesta desde la Psicología Positiva.

UNIDAD 4: SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

1. Introducción general

Tanto en medicina como en la psicología, es importante el reconocimiento de las entidades nosológicas. La nosología, como parte de la patología, trata de la clasificación de las enfermedades, en este caso, psicológicas y psiquiátricas. En salud mental, predominan los síntomas, que es todo lo que el paciente describe subjetivamente. Su realidad interna. A diferencia de la medicina general, no cuenta exclusivamente con signos, o manifestaciones objetivas. (Cortese, 2004)

En los tiempos actuales, resaltan dos sistemas de diagnóstico de las psicopatologías en el área psiquiátrica: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que cuenta con el auspicio de la OMS; y *el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), promovido por la APA o la *Asociación Americana de Psiquiatría* (Vallejo Ruiloba, 2015, p. 126).

2. Objetivo y función de la clasificación de los trastornos

La clasificación de las psicopatologías es importante porque ayuda a la organización de la información clínica mediante las categorías; facilita la comunicación entre profesionales del área; ayuda a clasificar causalidad de la alteración, predecir la evolución del trastorno y, así, mejorar y facilitar la capacidad de seleccionar el tratamiento más adecuado y mantener un mejor desarrollo teórico.

3. Sistemas de clasificación

En 1893 se empieza a realizar la *Clasificación internacional de Enfermedades* (CIE) que suele revisarse cada diez años. En ella se encuentran enfermedades universales, además de otras que son condicionadas por la cultura de cada región. La primera revisión se denominó CIE-1 y con el paso de los años, las nuevas revisiones han continuado con la denominación cambiando su número, hasta llegar a la más actual, la CIE-10. Esta revisión cuenta con un capítulo que contienen los trastornos mentales y conductuales del desarrollo, el apartado numerado con la letra F.

El capítulo F dispone de cinco grandes grupos o secciones, dentro de éstas hay once factores que son:

- Orgánicos.
- Debidos al consumo de sustancias psicoactivas.
- Esquizofrenia.

- Afectivos.
- Neuróticos y relacionados con estrés.
- Relacionados con factores fisiológicos o físicos.
- De personalidad.
- Retraso mental.
- De desarrollo psicológico.
- De inicio de la niñez y la adolescencia.
- No especificados.

El segundo sistema de clasificación utilizado por psicólogos y psiquiatras es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM). Fue editado en 1952. Al igual que en la CIE-10, cada nueva edición tendrá su número correspondiente comenzando por el primero denominado DSM-I, hasta el más reciente el DSM-5. Este sistema de clasificación está centrado exclusivamente en la descripción de los trastornos psicológicos.

El DSM es un sistema operacional que utiliza sistemas de inclusión y exclusión. Los de inclusión, son aquellos factores que el paciente debería tener para encajar en el diagnóstico. Los de exclusión, corresponden a los factores que el paciente no debería tener. Además, el orden de los capítulos revisados fue colocado a propósito, para reflejar de mejor manera los avances en el entendimiento de las vulnerabilidades subyacentes de las enfermedades, al igual que las características de los síntomas de los trastornos mentales. Finalmente, el criterio del diagnóstico para algunos trastornos han sido añadidos o revisados y fueron incluidos en la Sección 2 del manual, como aquellos que requieren mayor investigación a fondo, que fueron añadidos en la sección 3 o apéndice (Stetka & Correll, 2013).

En el DSM-IV, se encuentran varios ejes de diagnóstico. El Eje 1 permite diagnosticar los síndromes clínicos, como lo son todos los trastornos a excepción de los de personalidad y retraso mental, que se encuentran en el Eje II; el Eje III engloba cualquier enfermedad médica que guarde relación con el trastorno que se esté tratando; el Eje IV incluye estresores psicosociales y su gravedad; y, en el Eje V, se encuentra la evaluación global del funcionamiento. Se lo conoce como Diagnóstico Multiaxial.

Eje 1	Clínico
	Trastornos de Personalidad
Eje 3	Enfermedades Médicas
Eje 4	Estresores Psicosociales
Eje 5	Evaluación Global

La edición más moderna, el DSM-5, deja de utilizar el sistema multiaxial de diagnóstico, ya que estima que la distinción entre los Ejes I, II y III no presentan diferencias en su conceptualización o que, en los trastornos mentales, no influyen decisivamente factores ni procesos físicos o biológicos. El DSM también permite hacer diagnósticos diferidos, es decir, se puede dar un diagnóstico provisional para luego dar otro más seguro.

4. Clasificación de los trastornos mentales

En el DSM como en la CIE, los trastornos psicopatológicos se clasifican según un enfoque categorial, es decir, cada trastorno se identifica con una categoría diagnóstica o grupo diagnóstico que se delimita por rasgos definitorios, más un conjunto de síntomas y descripciones clínicas. Cada categoría es una organización separada con límites muy definidos que la diferencian de otras categorías, aunque es cierto que los trastornos normalmente no se presentan de una forma tan evidente como lo proponen las clasificaciones categoriales. (Jarne Esparcia, Talam Caparrós, Armayones Ruiz, Faja, & Varón, 2006). La agrupación de los trastornos mentales se divide en clases diagnósticas grandes que comparten características similares, aunque pueden encontrarse diferencias entre los sistemas diagnósticos, siguen siendo muy parecidas en general.

5. Clasificación en la CIE-10

En la CIE-10 se encuentra una lista con las categorías diagnósticas principales, más una descripción clínica y pautas para el correcto diagnóstico de cada categoría. Las categorías diagnósticas se refieren a diversos trastornos psicopatológicos que pueden presentarse. Aparecen en grupos en diferentes secciones según la similitud de sus síntomas. Cada una de las categorías diagnósticas se identifica con la letra F y con un número de doble dígito. (Jarne Esparcia, Talam Caparrós, Armayones Ruiz, Faja, & Varón, 2006)

Las agrupaciones que se encuentran en la CIE-10 se muestran en la tabla a continuación:

Categorías diagnósticas en la CIE-10	
F00-09	Trastornos mentales orgánicos
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
F30-39	Trastornos del humor

F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somático
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70-79	Retraso mental
F80-89	Trastorno del desarrollo psicológico
F 90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y en la adolescencia.

6. Clasificación en el DSM-5

Al igual que la CIE-10, el DSM-5 se compone de categorías o grupos diagnósticos. Dado que las clasificaciones del DSM son muy utilizadas por los especialistas a nivel mundial, se mostrara en la siguiente tabla la clasificación de los principales grupos diagnósticos en el DSM-5.

Principales grupos diagnósticos en el DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del neurodesarrollo • Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos • Trastorno bipolar y trastornos relacionados • Trastornos depresivos • Trastornos de la ansiedad • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados • Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés • Trastornos disociativos • Trastornos de síntomas somáticos y trastornosrelacionados • Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos • Trastorno de la excreción • Trastornos del sueño-vigilia • Disfunciones sexuales • Disforia de genero • Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta • Trastornos neurocognitivos • Trastornos de la personalidad • Trastornos parafilicos • Otros trastornos mentales • Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos • Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Cada trastorno está acompañado por un código estadístico, que es típicamente usado por instituciones y agencias en la recolección de información y otros fines. Existen protocolos específicos para estos códigos de diagnóstico que fueron establecidos por la OMS, centros de Medicare y Medicaid de Estados Unidos, y por los centros de control y prevención de enfermedades de Estados Unidos, para garantizar el registro internacional coherente de las tasas de prevalencia y mortalidad para las condiciones de salud identificadas.

Para la mayoría de clínicos, los códigos son utilizados para identificar el diagnóstico o la razón de visita para las distintas aseguradoras de salud privadas y públicas. En el DSM-V se encontrara una codificación propia del manual y, junto a ésta, la codificación con la que se encuentra en la CIE-10, como por ejemplo: 315.39 (F80.9) Trastorno del Lenguaje.

II: ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS

UNIDAD 5: Alteraciones de la percepción

La percepción es “un proceso sensocognitivo en el que las cosas se hacen manifiestas como tales en un acto de experiencia” (Belloch, Sandin, & Ramos, Manual de psicopatología, 2008, pág. 130). En este proceso se extrae información externa acerca del medio que nos rodea para luego realizar una interpretación interna. Para algunos autores la percepción es más que un proceso sensocognitivo sino más bien es una función de la psiquis por medio de la cual se capta e identifica información del mundo exterior y de la inherente corporalidad. Según ambos conceptos al momento en el que la percepción debe extraer elementos externos, es decir del ambiente, entonces esta involucra un procedimiento constructivo en donde la persona utiliza la sensibilidad e interpretación activa de la información sensorial que esta capta y una vez captada esta información se relaciona y se acopla con los conocimientos previos de cada persona como los son sus experiencias.

La percepción, por tanto, es el proceso que nos permite conocer la realidad. Para que este proceso sea concretado en sí, es imprescindible el funcionamiento de las estructuras periféricas sensoriales que son las encargadas de obtener y difundir la información del medio externo hacia las áreas sensitivas primarias y estas de conducirlas a las áreas cerebrales secundarias cuya función es realizar los procesos de la recepción, filtración y organización de la información relacionándola y haciendo interconexión con la memoria y los instintos de la persona. “Los trastornos en estas áreas provocan alucinaciones y agnosias, entre muchas otras” (Bonilla, 2013).

El proceso de la percepción, con base en lo explicado previamente, mantiene total relación con la subjetividad y la objetividad, ya que esta al ser interpretada en la mente de cada persona intervienen elementos subjetivos, mientras que el objeto externo que ocupa un lugar en el espacio real este es directamente objetivo. Con base en esto, queda claro que el proceso de la percepción no es un retrato completamente objetivo del mundo exterior ya que este proceso no se basa únicamente en los datos obtenidos sino en elementos que difieren de persona a persona como sus experiencias, ideologías, juicios, ideas entre otros. Factor que resulta beneficioso porque en efecto de no solo basarse en datos las personas pueden adelantarse y de esta manera en algunas ocasiones adelantarse a los datos que se presentaran y así aventajarse en base a las experiencias o conocimientos de los mismos.

Los trastornos de la percepción tienden a ser clasificados en dos grupos: entre estos se encuentran “las distorsiones y los engaños perceptivos” (Cabello, Salazar, & Carroble, 2011). Las distorsiones se dan cuando el

individuo percibe de una manera diferente a la esperada las características de un elemento, ejemplos de distorsiones estas podrían ser una percepción diferente de tamaño (macropsia o micropsia), forma (dismorfopsias), intensidad (hiperestesias-hipoestesias), entre otros. Mientras que los engaños perceptivos se distinguen porque los estímulos que los causan no tienen una existencia real y se encuentran coexistiendo con el resto de funciones perceptivas que se encuentran normales.

1. La ilusión

Una ilusión es una idea equivocada originada por una transformación de las percepciones reales a consecuencia de la influencia de un estado emocional que altera la información obtenida, de manera que al momento de la persona percibir e interpretar la misma, está alterando. Con base en esto se puede definir que las ilusiones son percepciones que no corresponden a las características ecuanímes y reales de los estímulos. Por lo cual queda claro que la ilusión es una percepción deformada es decir lo que se observa, se escucha y se palpa está deformado. Entre las principales características de las ilusiones se encuentran:

- La ilusión necesita estímulos, esta además de ser una característica muy importante, es la principal diferencia entre una ilusión y una alucinación, que se verá con más profundidad conforme se adentre en el capítulo. En la ilusión debe existir un estímulo real, ya que lo que causa la ilusión es la percepción errónea de ese estímulo que real. Si no existiera el estímulo entonces ya no sería una ilusión sino una alucinación.
- Otra característica de las ilusiones es que la persona sabe o está en la completa capacidad de darse cuenta que lo que percibe no es algo completamente real, si no que es algo que se encuentra distorsionado.
- Las ilusiones tienden a presentarse todos los días y a lo largo de este, muchas veces.

Las ilusiones pueden clasificarse según el factor etiológico en:

Ilusiones por falta de atención	Esta ilusión se presenta como un mecanismo utilizado por el cerebro humano para la comprensión, de manera que cuando la persona no capta toda la información pues la atención se dirige a factores de mayor relevancia entonces la persona tiende a complementar la información con el suceso lógico de la secuencia. “Todo lo que percibe el ser humano tiende a completarlo” (Uriarte, p. 32). Por ejemplo una persona que ve una escena de una pareja besándose y la siguiente escena, de ellos desnudos en la cama. Con base en esto, la persona asume sucesos que no observo como que se desvistieron y tuvieron relaciones sexuales.
Ilusiones afectivas	En estas ilusiones las circunstancias crean estados anímicos en donde la persona altera la información real. Por ejemplo una niña con miedo de estar sola en la casa, cuando se encuentra en esta situación tenderá a ver un ladrón en la sombra de objetos como abrigo, muebles, etc.
Pareidolias	Se relaciona de igual manera con las emociones, pero de una forma más afectiva, en donde las personas atribuyen características físicas de los rostros o creen ver rostros en objetos como las nubes.
Percepción delirante	Se interpreta el universo desde un ángulo muy peculiar en donde depende de su tono hedónico, se produce por drogas alucinógenas o en efecto de una alteración psicótica.

Tabla 1. Clasificación de las ilusiones

Entre los factores que pueden provocar una ilusión se encuentran:

- Estar a la espera de un suceso. Ej. Esperando un mensaje del móvil.
- Cuando existen personas muy sugestionables. Ej. Personas que al entrar en un cementerio ya creen oír voces o ver sombras.

- En estado emocionales intensos. Ej. Ilusiones emocionales catatímicas (estados de hiperactividad debidos a situaciones de miedo).
- Exceso de fantasía. Ej. Ilusiones pareidólicas (percepción deformada, la persona no la puede controlar, lo que se percibe se hace con nitidez y claridad).
- En estados de necesidad. Ej. Cuando en una película el protagonista se encuentra en el desierto, sin agua...
- Cuando hay falta de información.

2. La alucinación

En la alucinación el individuo está convencido de percibir un estímulo, y este no existe, o no produce lo que la persona percibe. La alucinación se caracteriza por percibir el estímulo de una manera muy nítida y porque la persona realmente cree en la existencia del estímulo, además de que la persona mantiene una percepción objetiva a los estímulos reales. Un claro ejemplo de alucinación sería: “Una persona que ve a un sujeto que se mueve y le saluda con la mano en un lugar donde no hay nadie. En ese lugar no hay nadie, por lo tanto, es una alucinación, en este caso visual” (Varón & Sáez Codina, 2009, p. 18).

La alucinación es una característica muy saliente del trastorno mental. La típica imagen creada socialmente donde la persona “loca” es el de una persona que afirma observar o escuchar cosas que nadie más puede. Sin embargo una alucinación no es producida únicamente por un trastorno mental, ya que esta puede también ser originada por situaciones con estímulos peculiares, por consumo de drogas alucinógenas, por epilepsia por fiebre, entre otras causas.

Las alucinaciones tienden a clasificarse bajo tres distintas variables entre las que se encuentran: el grano de complejidad, el contenido que estas albergan y la modalidad sensorial con la que se presentan. Vale recalcar que para realizar un análisis o diagnóstico con base en esta clasificación deben analizarse las variables de una forma integradora; es decir, atendiendo a todas las variables.

1. Según su complejidad: En las alucinaciones complejas se percibe el estímulo concreto es decir, si se presencia un objeto entonces éste se percibirá muy detallado, mientras que en las alucinaciones elementales se aprecia el objeto de una manera difusa.
2. Según su contenido: los contenidos que pueden abarcar las alucinaciones son infinitos, sin embargo estos se pueden englobar en

temas centrales como serían: las necesidades del individuo, donde se encontrarán subtemas como recuerdos, temores, deseos, entre otros. O los contenidos del entorno de la persona como la influencia de sus ideologías que crearían inseguridad, vergüenza, entre otros. Adicional y relacionado a la posición de la persona en el ambiente se encontrarán las circunstancias vitales y extremas de la persona, ya que, por ejemplo, una persona a la que mantienen en la cárcel tenderá a alucinaciones con verdugos, por ejemplo.

3. Según la modalidad sensorial: Se refiere a la vía por la cual la alucinación se evidencia. En la mayoría las alucinaciones se presentan de forma visual o auditiva, sin embargo existen más vías, a las que se hará referencia a continuación:

a) Vía visual

Una alucinación visual es aquella que se produce a través de la vista, tiene las siguientes subdivisiones con base en el tamaño, a la temática, etc.:

- Según la temática: alucinaciones relacionadas a un tema específico.
 - o Zoopsias: alucinaciones relacionadas con los insectos.
 - o Delirium Tremens: alucinaciones relacionadas con multitud de temáticas, debido a síndrome de abstinencia alcohólica.
- Según el tamaño: alucinación donde las cosas son más o menos grandes.
 - o Alucinación liliputiense: alucinación donde los objetos se ven diminutas o más pequeñas de lo normal.
 - o Alucinación guliveriana: alucinación donde los objetos se ven enormes, o más grandes de lo normal.
- Según las cualidades:
 - o Intensidad: Muy borrosa o muy densa.
 - o Color: Alucinaciones en escala de grises, alucinaciones de un solo color, transparentes, etc.
 - o Movimiento: alucinaciones estáticas o está en movimiento.
 - o Extensión: Lo que ocupa. Ej. Una clase llena de personas que no hablan.
 - o Posición: Ver las cosas donde no están. Ej. Ver un loro sobre un pico.
 - o Binoculares o monoculares: Con un ojo o con los dos.

- Congruencia o incongruencia: alucinaciones congruentes en las cuales tienen relación con la realidad o incongruentes en donde no tienen coherencia con la realidad. Ej. Un tren volando, un perro en bicicleta.

Existen alucinaciones visuales relacionadas con el cuerpo del sujeto, se denominan autoscopia. Entre éstas se encuentran: la autoscopia interna, que se da cuando una persona ve el interior de su cuerpo. Ej. Venas, huesos, vísceras... Encontramos también la autoscopia externa, que se da cuando alguien ve la imagen de sí mismo frente a él. Por último, tenemos la autoscopia negativa que se da cuando alguien no se ve, o no ve su imagen reflejada en un espejo.

b) Auditivas

Las alucinaciones auditivas son aquellas cuya vía es la audición, es decir, en estas alucinaciones la persona "escucha" un estímulo inexistente. Este tipo de alucinaciones la más frecuente conjunto a las alucinaciones visuales. Las alucinaciones auditivas según su grado de complejidad, pueden presentarse como elementales, en donde la persona escucha tonos, pasos o murmullos. Mientras que en una alucinación auditiva compleja, la persona escucha palabras claras y con significado. Entre las variables para subdividir este tipo de alucinaciones se encuentran:

- Claridad: claridad con la que se percibe
- Intensidad: la magnitud de este estímulo irreal Ej. susurros, gritos, entre otros.
- Localización: distancia a la que se percibe. Ej. Cerca, lejos.
- Contenido: Estímulos simples o complejos, a continuación se presentan ejemplos de estas.
 - Reveladores de cierta información. Ej. la persona que escucha voces que le dicen cosas como dónde está el bastón de su abuelo.
 - Voces que piden.
 - Voces que ordenan.
 - Comentarios sobre actos que realizan.
 - Propositiones eróticas de tipo grosera.
 - Voces amenazantes
- Modos de dirigirse a la persona. términos y elementos del lenguaje utilizados. Ej. Monosílabos. Gritos, susurros, etc.

c) Olfativas

Alucinaciones en donde la persona huele, desde cosas agradables a nauseabundas. Es habitual que estén asociadas a envenenamientos, tumores cerebrales, cuadros clínicos en donde las personas creen estar siendo envenenadas, entre otros. De esta manera los pacientes consideran estos olores los agreden, o consideran son parte de una persecución que busca causarles un daño.

d) Gustativas

Este tipo de alucinaciones crean en los pacientes la experimentación de gustos desagradables, y las relacionan con creencias de ser envenenado, pero es difícil saber qué es verdaderamente una alucinación debido a que en la vida diaria beber o comer algunos medicamentos o comidas pueden alterar el gusto. En algunos casos se presentan como causadas por su propio cuerpo, en donde el sujeto atribuye la idea de estar pudriéndose por dentro.

e) Táctiles

Estas alucinaciones se pueden presentar por todo el cuerpo. El sujeto puede sentir pellizcos, tocamientos, corrientes eléctricas, quemaduras, entre otros. De esta manera, en función del contenido de cada una de estas se pueden distinguir:

- Hápticas: sensación física. Ej. Cosquilleos.
- Hídricas: sensación de humedad.
- De contacto: tocar
- Cinestésicas: cuando un individuo dice que una parte de su cuerpo se está moviendo. Determinada por otra sensación subjetiva que afecta a un sentido diferente.
- Activas: cuando la persona tiene la sensación de tocar, es decir, la persona cree, por ejemplo, que ha tocado un objeto inexistente como tener la sensación de estar tocando insectos, etc.
- Pasivas: cuando la persona tiene la sensación de ser tocada. El paciente cree que hay alguien o algo que le está tocando, quemándole o pinchándole, etc.

4. Existe una división adicional de alucinaciones conocidas como nueva variante y hasta se consideran trastornos de la representación ya que por ejemplo “la pseudoalucinación no tiene corporeidad y aparece en el espacio subjetivo interior, rasgos esenciales que la distinguen de la alucinación verdadera” (Capponi, 2013, p. 54). Entre estas se encuentran:

- Pseudoalucinaciones: la pseudoalucinación se produce dentro de la cabeza. Ej. Alguien siente un fuerte dolor de cabeza porque le han implantado un chip y el bulto que tiene es cada vez mayor, aunque a este en realidad no le han implantado nada.
- Alucinosis: La persona es consciente de que lo que percibe no existe. Ej.
 - Alguien que ha tomado drogas.
- Alucinación negativa: La persona no percibe un estímulo que si existe.

3. Pseudopercepciones o imágenes anómalas

Las pseudopercepciones o imágenes anómalas son alteraciones perceptivas que no cumplen las características de las que hemos visto hasta ahora. Estas imágenes anómalas pueden concebirse como imágenes y pueden producirse en ausencia de estímulos o pueden activarse aun cuando el estímulo que las originó ya no está presente. Dentro de las pseudopercepciones se encuentran los siguientes tipos:

- Imágenes hipnagópicas e hipnagógicas: se las conoce también como alucinaciones fisiológicas, con base en la etiología que tienen. Estos dos tipos de imágenes se producen estados de semiconsciencia, en donde la persona se encuentra entre el sueño y la vigilia. Particularmente las imágenes hipnagógicas se originan cuando la persona sale del sueño, lo que sería estar entre el sueño y vigilia. Las imágenes hipnagógicas se originan cuando la persona entra en el sueño, es decir, entre la vigilia y el sueño. Ambas imágenes son autónomas ya que aparecen sin que el individuo pueda controlarlas
- Imágenes alucinoides: estas imágenes se caracterizan por ser autónomas y subjetivas, por presentarse sin la presencia del estímulo que las active. Son originadas de forma interna, cuando se dan en el “espacio negro de los ojos cerrados” Cuya causa se atribuye a la fiebre con temperaturas muy altas o de manera externa cuya causa sería el consumo de drogas alucinógenas, a pesar de ser muy relacionadas a las alucinaciones en estas imágenes la persona es consciente que reconoce que esas imágenes son creadas por su mente y no existen en realidad.
- Imágenes mnémicas: estas imágenes se relacionan con los recuerdos de cada persona, que son transformados con base en los deseos que tiene cada persona. Se caracterizan porque la persona puede crearlos voluntariamente y puede mantenerlos de igual manera, ya que al momento de no mantenerlos voluntariamente, éstos se van desvaneciendo y así van desapareciendo.

- Imágenes consecutivas o postimágenes: se conocen como post imágenes ya que estas se presentan después de una alta carga de información sensorial, un claro ejemplo de este tipo de imágenes sería la imagen de un color oscuro después de que la persona estuviera observando una imagen con un color blanco intenso.

4. Trastornos estésicos

Los trastornos perceptivos son alteraciones que se presentan en la intensidad de los estímulos. Se pueden diferenciar tres:

- Hiperestesia: el estímulo se percibe más intenso de los que es. Es decir ocurre una intensificación, de manera que los sonidos, colores, entre otros se perciben de una manera más viva. Un claro ejemplo sería una puerta que se cerrara sin lanzarla y sin excesivo ruido, esta persona escucharía un sonido retumbante y extremadamente fuerte.
- Hipoestesia: el estímulo se percibe menos intenso de lo que en realidad es, ya que ocurre un debilitamiento de la percepción. En efecto los colores tienden a verse oscuros, la comida insípida, entre otros.
- Anestesia: En relación al tacto, deja de producirse sensación táctil, incluso dolor (sin dolor).

5. Dismorfosias

Las dismorfosias son producidas por una distorsión del estímulo, este se percibe distorsionado pero la persona reconoce que el estímulo existe y que es ella quien esta percibiéndolo diferente. Se distinguen los siguientes:

- Macropsia: el estímulo aparece agrandando por completo o alguna parte significativa.
- Micropsia: el estímulo aparece empequeñecido en su totalidad o alguna parte significativa.
- Escisión perceptiva: el estímulo llega a distorsionarse tanto que ya no se reconoce que el estímulo existe.
- Aglutinación perceptiva: los estímulos se aglutinan tanto hasta el punto que se forman como un solo estímulo.

UNIDAD 6: ALTERACIONES DE LA CONSCIENCIA Y LA ATENCIÓN

1. Consciencia

Se puede entender la consciencia como aquel constructo que trata explicar tanto la naturaleza como la función cerebral (fusión de elementos neuroanatómicos, neuroquímicos y neurofisiológicos) por la cual un ser vivo puede, por medio de vías propias, darse cuenta de los estímulos externos e internos. La consciencia no es un fenómeno único del ser humano. “La evidencia indica que los seres humanos no son los únicos que poseen los sustratos neurológicos necesarios para generar consciencia.” (Low, 2012). La consciencia también se da en organismos superiores. A modo de resumen podemos decir que la interrelación entre las funciones psíquicas (tales como la percepción, memoria, atención, entre otras), junto a la integración sensorial de los estímulos, forma nuestra realidad; el campo de la consciencia. Es por eso que se dice que la consciencia es un proceso dinámico, que puede oscilar como, por ejemplo, en condiciones de sueño y vigilia

2. Niveles de consciencia

La consciencia puede pasar por diferentes niveles o estados. Unos pueden ser producidos de forma natural y otros pueden ser considerados patológicos:

2.1. Variaciones naturales de la consciencia:

- Vigilia: El individuo se encuentra completamente despierto e implicado en actividades cognitivas. Existe un estado de alerta óptimo.
 - Awareness: Estado funcional donde el individuo puede realizar un procesamiento significativo de recepción de estímulos internos o externos y puede emitir una respuesta. Hay una buena habilidad perceptiva y cognoscitiva con un aprendizaje y atención óptimas (claridad de consciencia).
- Sueño: El individuo se encuentra en un periodo de autorregulación de carácter fisiológico, temporal y reversible. Este periodo se encuentra dividido en cinco etapas que se continúan cíclicamente, donde existen ondas rápidas y lentas (en función de la profundidad del sueño).

2.2. Variaciones patológicas de la consciencia (Trastornos de la consciencia)

Trastornos cuantitativos de la consciencia:

- Por elevación del nivel de consciencia
 - Hipervigilancia: El individuo se encuentra en unawareness con mayor sensibilidad sensorial, con un aumento motor e intensidad emocional. El sujeto está en búsqueda constante de posibles amenazas, que lo vuelve más irritable, agotado física y mentalmente. Este estado puede ser producido por intoxicaciones, situaciones de alto estrés, etc.).
 - Hiperfrenia: Estado de hipervigilancia máxima; consciencia exagerada.
- Por disminución del nivel de consciencia
 - Confusión mental: Hay afectación en los procesos cognitivos del sujeto, concepción desordenada de la realidad, pérdida leve de la memoria e incoherencia en relación a uno mismo y el mundo exterior.
 - Obnubilación: Leve alteración de la claridad de la consciencia. Disminución en capacidades cognitivas como atención, memoria, percepción, entre otras. Se asimila al inicio del sueño normal, e sujeto necesita cierta intensidad de los estímulos para hacerlos conscientes.
 - Somnolencia: Las manifestaciones como el habla o movimientos motores disminuyen y existe mayor tendencia al sueño, el individuo puede quedar dormido si no recibe estimulación.
 - Sopor: Mínima apreciación de consciencia, así como de reflejos y de otros movimientos musculares. El sujeto responde momentáneamente ante estímulos muy intensos y repetidos.
 - Pre-coma: El individuo se encuentra inconsciente, se conservan los reflejos centrales como el pupilar y el reflejo corneal, pero no hay respuestas tales como estimulación en la planta del pie, ni siquiera a estímulos muy dolorosos.
 - Coma: Último estadio en la disminución de la consciencia. En él, se extinguen los reflejos, hay variaciones en la respiración; apneas, entecimientos, etc.). Tal vez el sujeto no vuelva nunca a la consciencia.

Trastornos cualitativos de la consciencia:

- Trastornos por estrechamiento de la consciencia
 - Estado crepuscular: Se presta cierta atención focalizada a estímulos internos, con presencia de obnubilación a estímulos externos. Adopta un comportamiento impulsivo con automatismos; donde hay conductas motoras involuntaria (ajenas al sujeto incluso en circunstancias con cierto nivel de complejidad), aunque aparentemente haya coordinación ejecutiva. Este cuadro viene acompañado por periodos de amnesia, frecuentemente lacunar.
- Trastornos productivos de la consciencia (estadios)
 - Asténico apático: Existe labilidad emocional, fatiga, fonofobia (sensibilidad a los sonidos moderados o fuertes) y fotofobia (sensibilidad a la luz), además de irritabilidad. Se presentan alteraciones en los procesos de memoria, atención y concentración.
 - Confusional: Existe una cierta desorientación interna y externa, con dificultad para prestar atención a estímulos, paramnesia, y conducta alterada.
 - Delirium: De breve duración (hasta dos semanas). Hay presencia de alucinaciones, trama dramática con fuerte descarga emocional, amnesia, y alteración psicomotriz.
- Trastornos de la consciencia del yo corporal
 - Anosognosia: Es el desconocimiento, indiferencia o negación de una parte o zona del cuerpo que cual ha sido dañada, paralizada o en sí su funcionamiento ha sido anulado.
 - Síndrome de Anton-Babinski: No se reconoce la existencia del lado izquierdo del cuerpo a raíz de una lesión en el hemisferio derecho que produce una hemiplejía izquierda.
 - Síndrome de Gerstmann: Hay una cierta desorientación corporal y de dirección (por ejemplo confundir la izquierda con la derecha). Sus principales características son: agnosia digital (dificultad de identificación de los propios dedos), agrafía (alteraciones en la escritura sin asociamiento a trastornos del lenguaje), acalculia (dificultad para desarrollar cálculos y operaciones matemáticas) y apraxia constructiva (dificultad en realizar tareas motoras complejas).
 - Hemiasomatognosia: Causada por una lesión masiva en un

hemisferio cerebral. El paciente presentaría extrañeza o desatención de una parte de su cuerpo, descuidando el aseo de la misma, etc. Está considerada una forma de agnosia.

- Autotopoagnosia: Es otra agnosia pero, en este caso, afecta al sentido de la postura. El paciente no puede localizar y orientar su cuerpo, o sus miembros.
- Miembro fantasma: Alucinación perceptiva del miembro que ha sido amputado. El individuo puede sentir el miembro (dolor, cosquillas, quemazón...).
- Asomatoagnosia: El paciente es incapaz de reconocer, diferenciar e integrar las partes de su cuerpo.
- Agnosias parciales: desconocimiento parcial de partes del cuerpo, como la agnosia digital, agnosia mento-oral (dificultad para el reconocimiento propio del mentón y boca) y agnosia táctil (incapacidad de reconocer objetos a través del tacto).
- Prosopagnosia: Incapacidad para reconocer rostros conocidos.
- Trastornos del yo psíquico
 - Despersonalización: Sensación de estar separado o desconectado tanto de la consciencia (el contenido de la consciencia no le pertenece), como del cuerpo.
 - Desrealización: Ocurre una alteración en la forma de percibir la realidad. El sujeto puede reportar que la realidad se es ajena, o la ve “como en una película”.

3. Evaluación de la consciencia

3.1. *Mini-Mental State Examination (MMSE)*

Es una prueba muy utilizada en ámbitos psiquiátricos para detectar deterioro cognitivo en general. Se usa con pacientes neurológicos, psiquiátricos, en estados de demencia o con la consciencia alterada por cualquier razón. Se trata de una prueba de screening, que nos brinda información sobre la posible existencia de deterioro cognitivo, sin ofrecer certezas sobre las causas del mismo qué dominio está afectado. No debe sustituir a una evaluación clínica. Es útil como evaluación inicial, y su aplicación es rápida y sencilla.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorque 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coje un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Figura 1. Mini Mental State Examination. Recuperado de Institut Català de la Salut, Barcelona; España.

3.2. Escala de Glasgow

Escala para la medición del nivel de consciencia bajo la observación de tres ejes de signos neurológicos: La respuesta motora, respuesta ocular y respuesta verbal. La puntuación se clasifica como: entre 13 y 15 "gravedad leve", entre 9 y 12 "gravedad moderada", entre 3 y 8 "muy grave".

<i>Respuesta Motora</i>	<i>Respuesta Ocular</i>	<i>Respuesta Verbal</i>	<i>Valor de puntuación</i>
<i>Ausencia de respuesta</i>	<i>Ausencia de respuesta</i>	<i>Ausencia de respuesta</i>	1
<i>Extensión (Descerebración)</i>	<i>Respuesta al dolor</i>	<i>Sonidos incomprensibles</i>	2
<i>Flexión anormal (Decorticación)</i>	<i>Respuesta a estímulos verbales</i>	<i>Respuesta incoherente</i>	3
<i>Retirada al dolor</i>	<i>Respuesta espontánea</i>	<i>Desorientación/confuso</i>	4
<i>Localiza el dolor</i>		<i>Respuesta Orientado</i>	5
<i>Obedece ordenes</i>			6

4. Atención

La atención es un proceso psicológico básico que orienta y coordina la actividad de nuestros sentidos y pensamientos para la selección, distribución y mantenimiento de toda actividad cognitiva en general. La atención, como proceso, permite filtrar el flujo de información que recibe el organismo y focalizar la actividad psíquica en un estímulo o área específica del campo de la conciencia, entendiéndose por esto último, la habilidad de comunicación entre el medio interno y externo. Este proceso es necesario para otros más complejos, como el aprendizaje o la memoria, estableciendo de esta manera un orden jerárquico, donde la operación de éste condiciona a los demás. Podemos afirmar que, para que exista la atención, es imprescindible que exista algún grado de conciencia y que, la alteración de ésta, afecta la eficiencia de la atención (por ende, de los demás procesos psicológicos).

4.1. Proceso de la actividad atencional

Como se mencionó, la atención dirige los recursos mentales hacia estímulos concretos. Este proceso se puede dividir en tres etapas: 1) la “iniciación” atencional, 2) el “mantenimiento” de la atención, y 3) el “cese” del proceso atencional.

- Etapa 1: La fase de iniciación consiste en la captación de la atención de manera pasiva o activa. El proceso pasivo ocurre de forma involuntaria, de modo que la atención es captada por los diversos cambios que ocurren en el ambiente externo e interno. En el proceso activo discriminamos entre estímulos dependiendo de las necesidades del organismo.
- Etapa 2: La fase de mantenimiento consiste en la permanencia de la focalización sobre el objeto, para el procesamiento de la información.
- Etapa 3: La fase de cese de atención consiste en un cambio de la atención a otro estímulo relevante para el organismo. Esto puede ser tanto por

mecanismos de habituación y fatiga sensorial, por la propia voluntad del sujeto, o por la irrupción de un estímulo novedoso y medianamente saliente.

4.2. Procesos automáticos y controlados

Dentro de la variedad de procesos cognitivos, pueden diferenciarse aquellos en los cuales se necesita un control activo o aquellos en los que no (porque son automáticos). Los procesos automáticos no implican un nivel significativo de control consciente. Pueden ocurrir múltiples procesos automáticos en el individuo simultáneamente. A diferencia, los procesos controlados si requieren un nivel de atención y consciencia. Estos procesos ocurren de forma secuencial y su duración puede ser más amplia que los automáticos.

Los procesos automáticos carecen de un control voluntario, esto se puede evidenciar en el aprendizaje no asociativo; como la habituación (disminución de la respuesta fruto de la exposición a un estímulo repetidamente) o la sensibilización (aumento de la respuesta fruto de la exposición a un estímulo repetidamente). También existen comportamientos que pueden automatizarse con el tiempo. Cuando alguien está aprendiendo a conducir, al principio se requiere un control consciente y una atención focalizada en toda acción que realiza. Más adelante, a medida que estas acciones van mejorando y la operación es eficiente, ya no se requiere un control consciente, habiendo un

Las acciones se vuelven relativamente automáticas, pero se puede dirigir la atención hacia ellas si es necesario. Esto se puede observar en todo comportamiento o movimiento propositivo, en el cual el cual el procedimiento está tan interiorizado que resulta estereotipado. El control voluntario recae en el inicio y finalización de la acción; como masticar goma de mascar o andar en bicicleta. Gracias a esto, se puede dar lugar a acciones más complejas, donde los procedimientos que no requieren una focalización atencional pasan a un segundo plano (dando lugar a acciones simultaneas automatizadas) permitiendo al organismo mantener la atención en otras acciones que la requieran. En caso contrario, sería prácticamente imposible fusionar movimientos finos y gruesos como ocurre en la escritura o al pintar. No se podrían contralar conscientemente los movimientos que realizan los dedos sobre un lápiz y simultáneamente el movimiento del brazo (incluso el pensamiento de realizar la acción).

4.3. Funciones de la atención:

- **Escrutinio:** Es la capacidad de búsqueda y localización en el campo perceptivo para reconocer patrones y significados.

- Focalización:Discriminación en el campo perceptivo para la selección de un estímulo y eliminar los otros.
- Filtración:Clasificación de los estímulos como relevantes o irrelevantes. Esta capacidad estaría mermada en trastornos por déficit de atención.
- Capacidad atencional: Se refiere a la cantidad de elementos que el sujeto puede atender a la vez dentro de una actividad determinada.
- Atención simultánea: Capacidad para atender a la vez a diferentes elementos de distinto contenido.

4.4. Componentesde la atención:

- Atención involuntaria: Se caracteriza por un estado de vigilancia, de arousal; de estar despierto y alerta. El sujeto no se orienta a un estímulo específico del ambiente, no tiene un interés particular en ello. Sería como una atención “rutinaria”.
- Atención espontanea: La aparición súbita o inesperada de estímulos captan la atención, focalizándolos.
- Atención voluntaria: Existe un escrutinio, rastreo o registro intencional para encontrar un estímulo en específico.
- Atención sostenida:Denominado concentración, se refiere al mantenimiento constante de la atención en función de un escrutinio prolongado en el tiempo, donde pueden estar involucradas varias áreas de los sentidos.
- Atención selectiva:Se filtran los estímulos y se focaliza en el estímulo que se considere relevante, eliminando otros, considerados distractores.
- Atención alternante: Denominado flexibilidad cognitiva, se refiere al cambio focal entre estímulos diferentes.
- Atención dividida: Ocurre una atención simultánea de más de un estímulo, donde se procesa información relativa de ambos a la vez.

4.5. Variaciones patológicas de la atención (Alteraciones de la atención)

- **Alteraciones cuantitativas por aumento de la atención:**
 - Hiperprosexia:Existe una exacerbación de la atención voluntaria, el sujeto se concentra en algo de forma obsesiva y el resto de los estímulos no son capaces de provocar su atención.

- Despolarización atenta: El aumento de la atención se polariza hacia los estímulos provenientes del interior del sujeto (todo), aislándose de los estímulos externos (nada).
- **Alteraciones cuantitativas por disminución de la atención:**
 - Hipoprosexia: Existe un descenso marcado en la capacidad de atención.
 - Aproxia: Se refiere a la incapacidad para prestar atención.
 - Seudoaproxia: Impresiona una aproxia pero la atención se encuentra focalizada en el medio externo del individuo.
 - Paraproxia: Ocurren desviaciones de la atención de apariencia involuntaria. A causa del detrimento de la atención voluntaria, la atención espontánea se exagera. Además, se observa un incremento psicomotor.

UNIDAD 7: ALTERACIONES DE LA MEMORIA

1. La Memoria: Introducción

La memoria es un proceso cognitivo que permite codificar, almacenar y recuperar información. Si no fuera por la memoria no podríamos aprender, pensar o saber quiénes somos.

Podríamos decir que la memoria proporciona al ser humano los conocimientos necesarios para comprender el mundo que nos rodea, al conservar y reelaborar los recuerdos y actualizar constantemente datos y parámetros de nuestro entorno siempre cambiante.

Hay una memoria implícita, que incluye nuestros hábitos, asociaciones de estímulos, eventos o ideas, y destrezas perceptivo-motoras (como conducir o bailar). También hay una memoria explícita que abarca todos aquellos recuerdos conscientes.

El ser humano construye su realidad a través de los procesos cognitivos básicos como son la atención, la percepción y la memoria. Es a través de este último por el cual puede guardar y seleccionar la información relevante que ha sido procesada.

Como se dijo anteriormente, la memoria se compone de tres procesos fundamentales:

- Codificación: Elabora y transforma los estímulos para dotarles de un significado. Para llevarlo a cabo se necesita cierto nivel de atención, y que el estímulo sea relativamente saliente.
- Almacenamiento: Como su nombre indica, almacena o archiva la información previamente codificada en la memoria. Esa información se archiva esquemáticamente, y en función de categorías.
- Recuperación: Su función es traer a la consciencia la información almacenada, ya sea de forma voluntaria o incidental. Es de destacar que el estado emocional puede influir en los recuerdos que pueden recuperarse; la ansiedad puede bloquear parcialmente este proceso. Por eso, cuando estamos en mitad de un examen no recordamos la respuesta, y cuando termina, sí.

De lo anterior se desprende que el funcionamiento de la memoria, aparte de ser de gran importancia para el individuo, es sumamente complejo. Algunos

científicos, como Atkinson y Shiffrin tratan de estudiar la estructura y la función de la memoria, llegando a la conclusión de que está formada por 3 sistemas interactivos:

- Memoria sensorial, MS: Registra por un pequeño espacio de tiempo los estímulos externos, como imágenes, sonidos, olores, sabores, sensaciones, etc. Si esta información no es procesada decaerá rápidamente.
- Memoria a corto plazo, MCP: Su función es organizar y analizar la información registrada a través de los sentidos. Permite integrar nuestra experiencia presente en nuestra memoria autobiográfica y organizar planes a futuro. Su duración es apenas de unos 20 segundos y es bastante limitada
- Memoria a largo plazo, MLP: Teóricamente es ilimitada y permite archivar de forma sólida y estable todos nuestros conocimientos y recuerdos. Siguiendo autores como Squire y Tulving, se proponen la existencia de varios tipos de MLP:
 - Declarativa: Guarda toda clase de información acerca de hechos y acontecimientos, así como los saberes adquiridos por el individuo. Por ejemplo, guardaría los conocimientos estudiados en la carrera de medicina o psicología.
 - Procedimental: Tiene más que ver con la memoria de habilidades. A menudo, un sujeto aprende una habilidad compleja como, por ejemplo, boxear. Si se le pregunta, le resultará complicado explicar los detalles de sus movimientos. Sería de tipo más inconsciente.
 - Episódica: La memoria autobiográfica, la línea temporal individual que da sentido a la vida del sujeto.
 - Semántica: Almacena conocimientos técnicos, como el lenguaje o las matemáticas. Si se pregunta a alguien cuándo aprendió una determinada palabra, o a construir oraciones, tal vez no se acuerde, pero no se le olvidará dicho conocimiento. Es casi inmune al olvido.

Hay una función intrínseca de la memoria: es el **olvido**, hay que olvidar para poder vivir. Si recordáramos absolutamente todo saturaríamos el sistema cognitivo y sería extremadamente difícil obtener la información almacenada.

2. Alteraciones de la memoria

2.1. Amnesias

Significa déficit de memoria: es la pérdida total o parcial de memoria que puede ser reversible o irreversible y que puede afectar a la fase de la fijación y/o almacenamiento y/o recuperación de la información.

- Amnesia de fijación

Es la incapacidad para consolidar nuevos recuerdos. Cuando una persona padece este tipo de amnesia, se dice que “vive en el presente”, que no recordará nada de su pasado. Dentro de esto están las “amnesias anterógradas”. Las amnesias anterógradas siempre son de causa orgánica y se producen a consecuencia de un acontecimiento de índole neurológico.

- Amnesia de conservación

Es la incapacidad de recordar algo, una pérdida de recuerdos de los que ya están almacenados. No todos los recuerdos tienen la misma facilidad de ser olvidados. La “Ley de Ribot” dice que aquellos recuerdos más recientes, menos organizados y menos automatizados, son más vulnerables a que se pierdan. Hay diferentes tipos de amnesia de conservación.

- **Global:** Una persona puede llegar a perder todos los recuerdos de su pasado.

- **Lacunar:** Los recuerdos que se pierden están delimitados en el tiempo.

- **Selectivas:** Se dividen en dos tipos:

○ Episódicas: Se olvida un acontecimiento específico de la vida.

○ Semánticas: Lo que se pierden son los conocimientos, o ciertos tipos de conocimientos.

- Amnesia de evocación

Cuando el recuerdo no se pierde pero es muy difícil traerlo a la memoria, cuando la persona no recuerda algo, pero tiene la sensación de saberlo. Tal vez esto pueda deberse a un estado emocional alterado (mucha ansiedad), astenia, falta de atención, exposición a contenido que interfiere en la capacidad para recuperar información, etc.

- Pseudoamnesia

Las personas con esta alteración de la memoria tienen la sensación de que han perdido la memoria, pero objetivamente no hay tal pérdida.

Las agnosias, por ejemplo, son amnesias sensoriales, no se reconoce algo que se ve, se toca, se huele, etc. Este tipo de amnesia es de causa orgánica.

3. Síndrome amnésico

Es una alteración de la memoria, pero sin cursar con deterioro conductual ni cognitivo.

3.1. Síndrome de Korsakoff-Wernicke

Sus principales características serían:

- Amnesia Anterógrada (de fijación) y retrógrada parcial (de conservación).
- Desorientación espacial y temporal.
- Confabulación (mezcla de recuerdos falsos y verdaderos)
- Falso reconocimiento.

Este síndrome aparece con un consumo prolongado de alcohol y una dieta deficitaria de tiamina o vitamina B1. En este síndrome sólo queda afectada la memoria, en contraposición del otro síndrome producido por el alcohol, la demencia alcohólica, donde también se ven afectadas partes cognitivas.

4. Hipermnesia

Es una alteración de la memoria en la cual el sujeto es capaz de evocar o retener una cantidad de información extraordinariamente elevada. Por ejemplo, una memoria episódica sobredimensionada, con incapacidad para olvidar recuerdos de la propia vida, que interfiere en la claridad del pensamiento del individuo. Algunos ejemplos serían:

- Fenómeno del sabio idiota: Normalmente se trata de personas con autismo o retraso mental que se caracterizan por aprenderse datos sin sentido aparente, y que repiten una y otra vez
- Ecmnesia: La persona toma recuerdos de su pasado como si estuvieran ocurriendo en el momento actual. Por ejemplo, una madre a la que se le

ha muerto el hijo y se levanta por la mañana y le prepara el desayuno a su hijo fallecido.

- Visión panorámica autobiográfica: Las personas que lo han vivido lo expresan como que “toda mi vida me pasó por delante de mis ojos”. Exposición con todo detalle de la autobiografía del sujeto de estado de peligro de muerte, momentos de alteración de la consciencia o trance hipnótico.

5. Paramnesias

5.1 Alteraciones producidas en el recuerdo

- Confabulaciones: Mezcla de recuerdos falsos y verdaderos. La persona relata cosas que no han sucedido intentando compensar la pérdida de la memoria respecto a lo que se quiere recordar.

Características principales:

- o Las invenciones van a ser efímeras.
- o El enfermo expresa el supuesto acontecimiento sin pensarlo, falta un proceso de preparación.
- o Se puede provocar fácilmente esta anomalía dada su propensión a manifestarse.
- o El sujeto, una vez confrontado con la inexistencia de tales sucesos, no sigue manteniendo la realidad de sus falsas descripciones.
- o El contenido de la confabulación suele estar relacionado con la ocupación habitual del enfermo.
- o La confabulación se debe a procesos orgánicos del cerebro.
- Falsificaciones retrospectivas (ilusiones móesicas): Exageración desproporcionada de recuerdos que tiene la persona.
- Falsos recuerdos delirantes: La persona retrotrae una idea delirante anterior a la aparición de la misma. El sujeto delira sobre un recuerdo.
- Pseudología fantástica (mitomanía): Personas que inventan historias que muchas veces viven. Se hacen por algo; para atraer la atención sobre sí mismo, destacar, conseguir prestigio personal... La persona cuenta un relato de cosas que le han ocurrido. Las cosas que se inventan suelen

ser verosímiles, pero cuando se confronta al sujeto con la realidad de los hechos este los acaba reconociendo.

- Tenerlo en la punta de la lengua: Tener la certeza subjetiva de que lo que quieres recordar lo tienes en la memoria, pero no le recuerdas. Puede ser debido a una interferencia en la recuperación.
- Chequeo: Cuando la persona revisa si ha hecho una tarea rutinaria porque no recuerda con nitidez si lo ha hecho.

5.2. Alteraciones en el reconocimiento

- **Dejá Vu, Déjà Entendu, Déjà Vécu:** Ocurre con cierta frecuencia que se tiene la sensación de que lo que se vive se ha vivido antes; en realidad es un error en el reconocimiento.
- **Jamais Vu, Jamais Entendu, Jamais Vécu:** En este caso el sujeto está en una situación conocida que le es familiar, pero cree que la situación es totalmente nueva.
- **Síndrome de Capras** (Ilusión de Sosias): La persona está viendo a un familiar o a un conocido y cree que es un doble que se está haciendo pasar por la persona que si conoce.
- **Criptoamnesia:** Cuando se pierde parcialmente un recuerdo y aparece en la conciencia como si fuesen contenidos nuevos. Tal vez la persona crea que tiene una idea original, pero no es así. ¿podría estar este fenómeno detrás de muchos casos de plagio?

6. Trastornos disociativos

Aquellos trastornos en los que se produce una disociación (separación estructurada de procesos mentales que normalmente aparecen integrados). Nunca tienen causa orgánica, son todos psicógenos.

6.1. Amnesia disociativa

Originada por un evento traumático o extraordinariamente estresante que impide recordar información vital importando, creándose un vacío en la memoria, que puede abarcar desde horas hasta décadas de la vida de una persona.

6.2. Fuga disociativa

Hay pérdida de la memoria y una huida de la situación que le crea malestar. Hay veces que no recuerdan como han llegado, quienes son; otras sí. La persona no tiene interés en averiguar cómo o por qué ha llegado hasta allí porque lo que pretendía era huir.

Suele aparecer en la edad adulta, pero es raro que aparezca pasado los 50 años. Si se ha sufrido a los 20 años puede que aparezca a los 50, pero si pasa esta edad no aparece salvo en rarísimas excepciones.

Cuando vuelve a su estado original, antes del trastorno, la persona recuerda lo vivido después de la fuga, no lo anterior.

6.3. Trastorno de identidad disociativo

Es un trastorno muy poco frecuente, que puede iniciar en la infancia, pero que no llama la atención hasta más adelante. Se diagnostica más en mujeres que han sufrido abusos desde la infancia a lo largo de los años. Una vez instaurado el trastorno se mantiene toda la vida si no hay tratamiento.

Se puede adoptar de dos a múltiples personalidades. Hay casos donde las identidades son completas (forma de andar, vestir, gustos, etc.).

Las personalidades pueden aparecer simultáneamente (en algún momento coexisten, pueden interactuar, pelearse entre ellas...) o pueden aparecer sucesivamente (primero una, luego otra).

Estas personalidades a veces se conocen y otras veces no. Si no se conocen ninguna de ellas se denomina Amnesia Simétrica. Otro caso sería la Amnesia Asimétrica, donde la personalidad A conoce a B, pero B, no conoce a A. Si todas las personalidades se conocen entonces no hay amnesia.

Un problema de este trastorno es averiguar cuál es el *yo primario* (verdadero). Hay quien dice que el yo primario es la personalidad con características socialmente aceptables. También hay otro grupo que opina que esta debe ser la personalidad que aparezca más veces, y otro último sector opina que el yo primario debe ser el que más tiempo perdura. Cuando determinamos el yo primario, lo separamos de las demás personalidades, a las demás personalidades las denominamos huéspedes.

El paso de una personalidad a otra se denomina transición. Es difícil saber cuáles son los recuerdos verdaderos y cuáles no. Es un trastorno muy complicado, suele surgir por traumas muy graves, apareciendo la disociación mecanismo de protección psicológico a la situación. Puede aparecer en el transcurso de otros trastornos.

6.4. Trastornos de despersonalización

La persona tiene la sensación de irrealidad, como si estuviera viviendo un sueño o como si el tiempo se detuviera. Este trastorno surge cuando se somete a alguien a una presión muy intensa. Hay dos tipos:

- Despersonalización: Cuando este sentimiento de extrañeza se produce sobre uno mismo; el cuerpo o los procesos mentales. Se sentiría como un autómata.
- Desrealización: Cuando se refiere al nuestro entorno exterior. En este caso, el paciente puede relatar que lo ve todo como en una película.

UNIDAD 8: ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

1. Introducción

El pensamiento es el proceso cognitivo que nos permite elaborar y desarrollar ideas, en donde se aplican una serie de capacidades, como la evaluación, creación, planeación, imaginación, etc. Este sistema sufre de constantes alteraciones debido al conjunto de percepciones y representaciones que son entrelazadas mentalmente, ya que la atención no suele permanecer fijamente dirigida a un objeto, sujeto o idea específica (Bonilla, 2013).

Los pensamientos, hacen que los seres humanos sean capaces de crear sus propias creencias, símbolos, juicios de valor, etc. Éstos les dan la habilidad de tomar decisiones (Ruiloba, 2011). En muchas ocasiones el pensamiento, el lenguaje y el habla tienden a ser considerados como lo mismo, pero en realidad se complementan; ya que el uno es el medio de análisis y expresión del otro. Podemos diferenciar 3 formas de pensamiento:

- 1. Pensamiento primario inconsciente o fantástico:** No es sistemático, no le da importancia al tiempo, es ilógico y nos permite salir de la realidad.
- 2. La imaginación:** Permite predecir ciertas situaciones, o efectuar planes a futuro. Tal vez, crear una obra artística o plantear una solución d forma original.
- 3. Pensamiento secundario abstracto o racional:** Es ordenado, es lógico-realista, busca evaluar las opciones presentes y siempre se encuentra dirigido hacia una meta en específico.

2. Alteraciones del pensamiento:

Existen tres tipos de trastornos del pensamiento:

- Los trastornos formales y/o del curso del pensamiento.
- Los trastornos en la lógica del pensamiento
- Los trastornos del contenido del pensamiento.

2.1. Trastornos de la forma o del curso del pensamiento

Estos trastornos consisten en una patología en la estructura del pensamiento del paciente; quiere decir que, son alteraciones en el proceso y desarrollo del pensamiento. Puede ser identificado con la ayuda de la observación y la entrevista clínica, ya que con el apoyo de ambos sistemas se pueden realizar estudios del lenguaje verbal y no verbal, de dicho paciente (Jarne, 2006).

Los trastornos formales están conformados por:

a) Bloqueos:

El paciente percibe que su mente se ha quedado en blanco, pareciera que, de repente, no hay producción de ideas. Lo presentan pacientes con esquizofrenia. (Jarne, 2006).

b) Vacío mental:

El paciente manifiesta que no piensa en nada, que tiene la mente en blanco. Se suele presentar en pacientes con depresión y demencias. (Bonilla, 2013)

c) Bradipsiquia:

Es un trastorno psíquico, que abarca la atención, la memoria y el lenguaje. Se la conoce como “lenificación del pensamiento” o de los procesos psíquicos. El pensamiento fluye con extrema torpeza y lentitud. El paciente tarda mucho en responder o contestar alguna pregunta que se le realice, ya que su capacidad para asociar ideas es muy pobre. Por ejemplo:

- Le cuesta mucho relacionar estímulos, ideas y conceptos
- Su velocidad al hablar y expresarse disminuye
- No habla mucho (lenguaje lacónico)
- Siente que le cuesta pensar.
- Falta de atención.

Las personas que sufren de este trastorno, pueden presentar un cierto grado de depresión. (Jarne, 2006).

d) Taquipsiquia:

Consiste en la aceleración del pensamiento; los procesos mentales son más rápidos y el sujeto puede percibir la velocidad con la que aparecen las ideas. Con la gran cantidad de pensamientos adquiridos, al paciente se le es difícil organizarse mentalmente y expresarse verbalmente, provocando que se olvide de ciertas cosas. Este fenómeno es conocido célebremente como fuga de ideas. (Uriarte, 1991). Por ejemplo:

- Se incrementa la velocidad del habla y de los gestos que lo acompañan
- No puede completar una frase

- No puede centrarse exclusivamente en un tema de conversación, cambiando caóticamente de un tema a otro.

e) Desvinculación de las ideas:

El individuo no puede relacionar de forma coherente las ideas, dejando al oyente a la libre interpretación de lo que está hablando el sujeto. En pocas palabras, no se entiende lo que dice. En ciertas ocasiones, éste percibe que el lenguaje que utiliza es inútil, es entonces cuando inventa nuevas palabras (neologismos), tal vez con la intención de abarcar aquello que no podría expresar de otra forma –con otras palabras u otras ideas.

f) Hipervinculación de Ideas:

Incremento de la habilidad de poder vincular ideas o pensamientos. A menudo asocia cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo: asocia cosas del trabajo con repuestos para su automóvil. (Uriarte, 1991). Puede estar en relación con intoxicaciones por excitantes o procesos maníacos o hipomaníacos.

g) Verborrea:

El individuo habla por horas o por días, intentando expresar sus ideas, pero sin poder lograrlo –lo que dice carece de significado-. Puede estar hablando solo o con otras personas, también puede tener un tono alto al hablar o muy bajo (murmullo). Asociado a procesos orgánicos, psicóticos o maníacos.

h) Disgregación:

Es una desorganización de los procesos del pensamiento. La presencia del mismo, indica el peligro que hay. Por ejemplo:

- Se pierde el hilo en la Conferencia.
- Se comprende las frases expresadas, pero no se puede entender el sentido de las mismas.
- Se utilizan locuciones cortas y gramaticalmente correctas, pero sin ningún sentido. Puede ser provocado por estímulos internos (esquizofrenia) o externos (intoxicaciones).

i) Pensamiento prolijo:

El paciente puede expresarse verbalmente con facilidad, pero de forma muy redundante en ciertos detalles. Tiende a exagerar la forma en que dice las cosas. Puede darse en personas con TOC, hipomanías o problemas en el neurodesarrollo.

j) Aliteración:

El paciente repite una o muchas letras en una sola frase de manera innecesaria. (Bonilla, 2013).

k) Estrechez

El pensamiento solo toma en cuenta una idea o un conjunto de ideas que están asociadas, mientras que no da importancia a ideas o conceptos alternativos. Las ideas del individuo están fuertemente fijadas. Espontáneamente no buscará alternativas a las mismas y será infructuoso, al menos al principio, plantearle externamente alternativas a su forma de pensar. Recuerda al pensamiento delirante. La diferencia es que un pensamiento delirante jamás podrá ser confrontado directamente.

l) Circunstancialidad:

La persona tiene la tendencia a hacer hincapié en los detalles, sin conseguir expresar de forma clara la idea principal. Tiende a darse, por ejemplo, en la esquizofrenia.

m) Perseveración:

Es la repetición insistente de frases relacionadas con el mismo tema. Al cambiar de tema, pierden su sentido. El paciente se queda anclado en una idea a la que este no puede renunciar. Lo presentan personas esquizofrénicas, con trastorno obsesivo-compulsivo y epilepsia.

n) Ecolalia:

Repetición constante de las mismas frases o palabras con la persona que está dialogando. Se presenta en pacientes con autismo, esquizofrenia, retardo mental, demencia y disfasia.

o) Palilalia

El individuo repite las palabras o sílabas que tienen coherencia con su estado de ánimo o emocional. Se presentan en personas deprimidas o pesimistas, esquizofrénicas y dementes. (Uriarte, 1991)

p) Mutismo:

El individuo no responde a los intentos de comunicación, y si es que contesta, lo hace con sílabas o sonidos aislados. El paciente no presenta alteración del habla. Considera que toda comunicación verbal y no verbal es insertable, ya que piensa que nada ni nadie puede ayudarlo. Puede presentarse en trastornos como la esquizofrenia o en niños con autismo. Tiende a causar depresión. (Uriarte, 1991)

q) Coprolalia de Gilles de Tourette

La Coprolalia (copro: excremento lalia: habla) de Gilles de Tourette son tics orales y gestuales en los que el individuo produce sonidos y ruidos, que se asemejan a un ladrido. Emite ideas, como impulsos incontrolables y también se propenso a decir groserías.

r) Incoherencia:

Esta se asemeja mucho con la disgregación, pero con la diferencia que esta es de un grado mayor.

Se manifiestan ciertos síntomas:

- Se pierde la línea argumental o el tema de conversación
- No se entiende el sentido de las frases expresadas.
- El discurso es imposible de comprender.

Lo presentan personas con cuadros confusionales o esquizofrenia.

s) Asociaciones débiles o ilógicas:

Se da cuando el paciente tiende a relacionar ideas incoherentes o débiles, pero no es tan grave como el pensamiento disgregado.

2.2. Trastornos en la lógica del Pensamiento

Básicamente, se subdividirían en dos:

- **El pensamiento ilógico:** Se manifiesta en individuos normales y se basa en la ignorancia, emociones, etc.
- **El pensamiento alógico:** Es una forma extraña de relacionar ideas, con independencia estado emocional o la ignorancia del sujeto.

Estos trastornos, a su vez, se subdividen en:

a) Lavado de Cerebro:

Es cuando un líder o una ideología, utiliza la persuasión para poder llevar a cabo fines religiosos, ideológicos, económicos o políticos. Algunos líderes tienen la capacidad de controlar el medio, manipular y subordinar a los demás.

b) Sobrevaloración de Ideas

Las ideas sobrevaloradas dan importancia a factores externos, los cuales dominan la personalidad del individuo y no se sujetan a ninguna crítica o duda. Debido a éstas el individuo se limita en sus actividades y su desarrollo. El sujeto no considera que le dé más importancia de lo habitual a esas ideas, provocando malestar en el observador.

c) Obsesiones

El sujeto presenta ideas, pensamientos e impulsos involuntarios. En este caso el individuo sabe que no tienen ninguna coherencia, son inadecuados y egodistónicos; llevándolo a un extremo cansancio mental. Estos síntomas se caracterizan en pacientes que presenten un trastorno obsesivo-compulsivo.

Características:

- Los pensamientos son persistentes.
- Hay la presencia de ansiedad: el sujeto quiere dejar de tenerlos pero no puede.
- Tiene conocimiento de lo absurdo de sus pensamientos e ideas.

d) Ideas Obsesivas

El sujeto sabe que esas ideas y pensamientos son productos de su mente. Dichos pensamientos pueden ser lógicos y tener coherencia, pero causan el

estrés, angustia e irritabilidad del individuo por pensar en cosas con las que no está de acuerdo. (Bonilla, 2013). Algunas de sus principales características son:

a) No son ideas útiles

Son estrategias desadaptativas, que pueden afectar la calidad de vida del sujeto. Dichas estrategias pueden ser muy contradictorias, por ejemplo: puede lavarse las manos varias veces y no bañarse nunca.

b) Consecuencias negativas

El sujeto, cuando no lleva a cabo dichos pensamientos, tiene la sensación de que puede ocurrir algo malo. Puede presentar pensamientos obscenos o pesimistas, por ejemplo: la muerte de un familiar, o se pregunta por qué existe. Estas ideas le crean un alto nivel de ansiedad.

c) Son intrusivas

El individuo percibe un pensamiento intruso (egodistónico), que lo molesta y fastidia, ya que este se introducirá dentro de su conciencia y lo obligará a realizar acciones, que no desea hacer. Este tipo de pensamientos aparecen para generar un apego extremo hacia creencias e ideas, que impone la mente del sujeto, provocando actitudes específicas. (Bonilla, 2013)

d) Le indican que podría enfermarse, contaminarse o morir

El individuo tiene la idea de que puede ser contagiado, enfermarse o hasta tener mala suerte. Por ello evita manipular elementos u objetos con la supuesta presencia de microbios o bacterias para no ver comprometida su salud.

e) Le impulsan a comprobar las cosas

La persona se percata constantemente si llevó a cabo ciertas acciones, ya que cree que se olvidó de hacerlas. Puede llegar a sentirse extremadamente preocupado, por ejemplo: Cree que dejó abierto el gas, no puso el freno de mano al coche, etc.

f) Ordenar objetos

El sujeto busca ubicar los objetos en una disposición específica, que considera la correcta, para evitar una consecuencia desagradable. Por ejemplo: Ordenar libros por fecha de impresión, por colores, en orden alfabético, etc.

g) Acumular cosas

Acumular cosas sin sentido, con temor a desprenderse de ellas, por inútiles que éstas seas, es conocido como el síndrome de Diógenes. En un primer momento podría confundirse con una persona que colecciona objetos. Pero, más adelante, se ve que la motivación no es coleccionar nada, sino no la incapacidad de desechar los objetos por pensar que podría necesitarlos (aunque para el observador sea evidente que no). Puede incurrir en un notable grado de insalubridad al acumular basura u objetos contaminantes en casa.

h) Tener miedo a perder el control

Son pensamientos intrusos que se presentan como obsesiones religiosas, sexuales o instintos agresivos, que pueden llevar a una persona a considerarse como un ser malo o desagradable. Por ejemplo: Un padre puede tener la idea obsesiva de que puede matar a su hijo pequeño, y considerarse a sí mismo como una persona malvada – simplemente por tener este pensamiento- o potencialmente peligrosa.

i) Fatalidad

El paciente tiene la sensación de que tiene mala suerte o cree en ciertas supersticiones que lo conllevan a sentirse ansioso o preocupado por su destino, recurriendo a los rituales más absurdos para librarse del posible infortunio.

2.3. Trastornos del contenido del pensamiento:

Tiene que ver con la ideación y la capacidad de cada persona para interpretar y explicar su experiencia interna y externa. Tiene que ver con la forma con la que procesamos la información y formarnos nuestras impresiones, creencias o ideas acerca de nosotros, los demás y la realidad.

a.Contenido Fóbico

Cuando se tiene un miedo exagerado y patológico a un tipo de estímulo específico. La persona lo considera irracional, pero es egodistónico, no lo puede controlar. Lo que le produce miedo, no lo produce en el resto de la población con esa intensidad.

b.Contenido delusivo

Son, junto con las alucinaciones, los trastornos más graves. Es un juicio de realidad falseado. Características:

- La persona se aferra a su idea extraordinariamente.
- Una vez establecido el delirio no es influenciado por la experiencia u por las conclusiones irrefutables. No admite ni críticas, ni dudas, ni matizaciones
- El contenido no es real, aunque puede mantener cierta apariencia lógica.
- Se ha perdido parcial o totalmente la capacidad de autocrítica o autocontrol (egodistónica). Ideas políticas, culturales y/o religiosas podrían llegar a ser delirios.
- **Ideas deliroides** (ideas delirantes secundarias): Surgen como consecuencia de determinadas situaciones que son transitorias. Generalmente emocionales. Pueden llegar a ser comprensibles y explicadas satisfactoriamente. La persona puede tener dudas sobre si la idea es real o no.
- **Ideas delirantes** (ideas delirantes primarias): No son lógicas ni se pueden explicar razonablemente. Podemos organizarla con respecto a:

- o **Su estructura**

- Representaciones delirantes: Cuando los recuerdos adquieren nuevos matices y significados alejados de una realidad objetiva
- Percepciones delirantes: La visión es normal pero la interpretación de la realidad es delirante.
- Intuición delirante: Cuando la persona tiene una inspiración que se produce de forma brusca, donde tiene la intuición de que algo va a ocurrir, pero no puede justificarlo o explicar por qué.

- o **Su temática**

- Delirios de grandeza o megalomanía: La persona cree tener capacidades especiales, poderes especiales, más belleza, más salud, más riqueza, poderes extrasensoriales, creerse Dios.
- Delirios de persecución: La persona cree que se le puede perjudicar. El origen puede ser genérico o específico. Ej. El vecino, el Rector, la CIA o la mafia.
- Delirios de celos: La persona tiene la creencia de que su pareja se comporta inadecuadamente teniendo relaciones sexuales con otras personas.

- Delirios de Autoreferencia: La persona cree que lo que ocurre tiene que ver con él.
- Delirios de control: la persona tiene la sensación de que sus pensamientos y acciones están siendo controlados.
- Lectura de pensamiento: La persona cree que las demás personas pueden leer su pensamiento.
- Difusión de pensamiento: La persona cree que su pensamiento está siendo difundido públicamente.
- Inserción del pensamiento: la persona cree que los pensamientos que tiene se los han insertado desde fuera
- Robo de pensamiento: La persona cree que le han robado pensamientos de la mente.

UNIDAD 9: ALTERACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD

Se puede definir a la psicomotricidad como el proceso interactivo entre la actividad motora y psíquica. Esta relación le permite al sujeto establecer una conexión con su entorno mediante la ejecución de movimientos de carácter no verbal que a su vez le permiten manifestar procesos cognitivos a más de su estado anímico u emocional.

La relación entre actividad mental y movimientos motores, se debe comprender a través del siguiente enunciado: “La actividad cerebral expresa su ocurrir y su estado a través de la motricidad”(Eguíluz & Segarra, 2013). De hecho, los cambios posturales y en reposo, las expresiones faciales y los movimientos de las extremidades no sólo son útiles para la transmisión e interpretación del contenido no verbal de un proceso comunicativo, sino también pueden expresar señales de algún trastorno psicopatológico.

Entre los aspectos que conforman la psicomotricidad resaltan dos que son: el tono muscular y la armonía cinética (Belloch, Sandín, & Ramos, Manual de Psicopatología, 2008). Ambos elementos son esenciales para los procesos psicomotores; el tono muscular, debido a que consiste en el estado pasivo y continuo de los músculos, incide en el mantenimiento de la postura del cuerpo. Mientras que la armonía cinética consiste en la secuencia ordenada de los movimientos motores. Por tanto, de la combinación de éstos resulta la coherencia de la psicomotricidad en un individuo.

Se puede señalar, que las alteraciones de la psicomotricidad se visualizan a través de anomalías grotescas o inusuales en los movimientos de origen psíquico o en el control de éstos. No obstante, la variación puede estar también en la relación entre ambos aspectos. Adicionalmente, los factores de la expresividad y la estructuralidad, no pueden pasar desapercibidos; porque: a) el primero indica el grado de comunicación del sujeto, es decir, sus gestos o cambios de postura y b) el segundo indica cómo está conformada la estructura de los nervios participantes del movimiento.

Particularmente, la estructuralidad permite reconocer durante una evaluación clínica, los signos de alguna patología tales como rigidez en la extremidades, descontextualización entre la relación expresión y contexto e incluso movimientos de carácter autónomo e involuntario por parte del sujeto, en otras palabras la afectación de la estructuralidad afecta a su vez la expresividad, no obteniendo el mismo resultado cuando sólo está última es afectada de forma individual. Acorde a Uriarte (2013), en ocasiones, no es posible diferenciar las manifestaciones de la dimensión estructural de otras expresiones emocionales, esto ocurre especialmente en alteraciones psicomotoras cualitativas como la catalepsia y los tics.

Ahora bien, tanto Uriarte (2013) como Belloch et al. (2008) concuerdan en que existen aspectos esenciales en toda evaluación clínica relacionada a alteraciones psicomotoras que permiten la realización de un diagnóstico más acertado como las expresiones faciales, manifestaciones no verbales o ausencia del lenguaje oral y la conducta motora. La observación y análisis objetivos acerca de su ejecución, velocidad o inhibición son símbolos del acontecer psicomotor del sujeto.

En resumen, se puede especificar como características de la psicomotricidad los siguientes puntos:

- Consiste en la coordinación sincronizada entre la actividad motora y los procesos mentales, razón a la cual debe su denominación.
- Los procesos psicomotores para ser considerados como tal deben poseer tono muscular y armonía cinética.
- Es un reflejo veraz de la salud mental del individuo así como de sus condiciones patológicas.
- Sus alteraciones consisten en la realización de movimientos grotescos o en la pérdida de coordinación de ellos.
- La psicomotricidad encuentra su mayor expresión en los movimientos de carácter no verbal como los gestos, movimientos corporales y expresiones faciales. Sin embargo, los contenidos implícitos de la producción vocal (tono, ritmo, etc.) o su ausencia son también tomadas en cuenta para la evaluación clínica psicomotora.

1. Alteraciones cualitativas.

Las alteraciones cualitativas de la psicomotricidad se clasifican de acuerdo a la naturaleza de los movimientos que las manifiestan, es así como se encuentra en esta división las siguientes alteraciones:

1.1. Alteraciones por movimientos involuntarios

➤ Estereotipias

Movimientos de alto grado de complejidad de carácter repetitivo y desadaptativo. Se caracterizan principalmente por su organización, persistencia, continuidad e incongruencia al contexto social. Las estereotipias se manifiestan a través de gestos faciales o corporales y se clasifican de la siguiente manera:

- Simples: Movimientos arcaicos y de función táctil.
- Complejas: Movimientos exagerados y compuestos (ambas extremidades).

Estos movimientos se suelen presentar en pacientes obsesivos durante la ejecución de rituales, considerados como un *acto estereotipado* (Belloch et al., 2008). No obstante su etiología debe ser diferenciada de trastornos neurológicos o alteraciones ocasionadas por la toma de antipsicóticos.

➤ **Temblores**

Contracciones oscilantes y continuas generadas en torno a un área específica del cuerpo. La mayoría de ocasiones son síntoma de alguna patología; se localizan en las partes distales del organismo, mayormente en las extremidades superiores, debido a que su grado de frecuencia es variable se dividen en:

- Temblores de reposo o estáticos: Tal como su nombre lo indica, este tipo de temblores se presentan durante la ausencia de movimientos. Sus oscilaciones por segundo suelen ser de 4 a 5 y su atenuación se produce durante el inicio de movimientos intencionales; este tipo de temblor se relaciona a la enfermedad de Parkinson.
- Temblores posturales: Se presentan durante el inicio y/o mantenimiento de alguna postura específica. Pueden ser de modalidad rápida con 8 a 10 oscilaciones por segundo como en el caso de cuadros de intoxicación de alcohol, o de modalidad lenta con 4 a 6 oscilaciones por segundo como en la Enfermedad de Wilson.
- Temblores intencionales: Se manifiestan durante la ejecución de movimientos voluntarios y su frecuencia es de 4 a 10 oscilaciones por segundo. Su origen se remite a lesiones en el cerebelo y se presenta en cuadros atáxicos o de ansiedad y en la esclerosis múltiple.

➤ **Tics**

Movimientos espasmódicos y continuos; son de amplitud y extensión variada y se presentan tanto en el movimiento como en el reposo. Podría tratarse de un mecanismo para la reducción de la tensión emocional; así mismo si son ignorados, su frecuencia disminuye, mientras que ésta aumenta con la ansiedad. Los tics pueden aún presentarse durante el sueño del individuo y pueden ser de carácter simple o complejo así como verbal o motor.

Si bien es cierto, los tics no requieren de una patología para manifestarse exclusivamente, pero uno de los cuadros con los que más se asocia estos movimientos es el Síndrome de Gilles de la Tourette, el cual se caracteriza principalmente por:

- Presencia de múltiples tics tanto verbales como motores.
- Coprolalia: Repetición involuntaria de palabras obscenas o malsonantes.

- Manierismos
- Ecopraxias
- De carácter progresivo: Inicia con tics ligeros y luego evoluciona a contracciones musculares en distintas áreas de la parte superior del cuerpo.

1.2. Alteraciones psicomotoras por movimientos voluntarios

➤ **Manierismos**

Movimientos exagerados y repetitivos, carentes de significado. Los manierismos son posturas o acciones bajo control voluntario e idiosincrático del sujeto, por ello los movimientos implicados nunca serán totalmente iguales en otro individuo. Generalmente, están asociados a la esquizofrenia hebefrénica.

1.3. Alteraciones psicomotoras por movimientos inducidos

➤ **Obediencia automática**

Ejecución excesiva de órdenes o solicitudes. El individuo con esta alteración cumple todas las solicitudes que se le indique de forma exagerada, por ejemplo en caso de pedírsele que extienda una mano, el sujeto con Obediencia Automática extendería ambos brazos.

➤ **Negativismo**

Oposición a realizar cualquier movimiento u orden solicitado; es la alteración opuesta a la Obediencia Automática. En ocasiones se ve combinado con casos de mutismo y un ejemplo de su manifestación es cuando se le pide a un sujeto que abra los ojos para su revisión, y éste los cierra fuertemente.

➤ **Ambitendencia o Ambivalencia Motora**

Tendencia de realizar dos movimientos opuestos entre sí de forma simultánea, en ocasiones se puede apreciar en el sujeto vacilación al manifestar la conducta y en casos graves puede asemejarse al negativismo.

➤ **Ecofenómenos o Ecosíntomas**

Los ecofenómenos no son alteraciones aisladas, su manifestación indica la presencia de otras patologías como el Síndrome de Gilles de la Tourette o incluso disfunciones cerebrales. Su clasificación está determinada por el tipo de repeticiones que agrupan (Caballo, Salazar, & Carrobes, 2014):

- Repetición de palabras: Ecolalia.
- Repetición de Gestos: Ecomimia.
- Repetición de Movimientos: Ecopraxia o Ecosinensis.

Los ecofenómenos o ecosíntomas pueden estar destinados a la imitación de los diferentes interlocutores que se comuniquen con el sujeto afectado o así mismo puede estar destinado a imitar a una sola persona.

➤ **Perseveración**

Incapacidad para cambiar de una conducta motora presentada anteriormente ante un estímulo concreto. Si bien es cierto, la conducta motora no es descontextualizada e incoherente para un primer estímulo, sí lo es para los estímulos que se le sigan.

Por ejemplo: Se le extiende la mano a una persona en señal de saludo y el sujeto afectado responde correctamente extendiendo su mano, luego se le muestra una manzana y el sujeto sigue con la respuesta de extender la mano.

➤ **Catalepsia**

Es la conservación de una postura determinada de forma forzada, implica la pérdida de tono muscular no permanente. Es también conocida bajo la denominación de Flexibilidad Cérea, debido a que el sujeto adopta posturas en las que se asemeja a una “figura de cera”, pese a la conservación de su estado de conciencia. Sin embargo su voluntad es mínima, por lo que el sujeto adoptará cualquier postura impuesta. Esta alteración se asocia mayormente al síndrome catatónico y con la esquizofrenia.

• **Alteraciones psicomotoras provocadas por fármacos antipsicóticos**

➤ **Acatisia**

Incapacidad continúa de mantenerse en una sola posición por un momento determinado. El sujeto con Acatisia manifiesta la necesidad imperiosa de permanecer en movimiento a fin de obtener alivio. Esta alteración se presenta junto a estados de intranquilidad o inquietud y es producto de la ingesta de medicamentos antipsicóticos.

- **Síndrome de las piernas inquietas**

Este síndrome es relacionado a la Acatisia debido a que al igual que ésta requiere de la ejecución de movimientos variados para obtener alivio. Se caracteriza por el hormigueo, tensión y dolor en las extremidades inferiores, aunque en ciertos casos puede llegar a afectar también a las superiores; puede persistir aún durante el sueño.

➤ **Discinesia**

Movimientos involuntarios anormales en la zona bucofacial tras la ingesta de antipsicóticos; los movimientos pueden ser tanto de lateralización como de protrusión. Su clasificación es la siguiente:

- **Aguda:** Surge durante los primeros días de la ingesta de antipsicóticos.
- **Tardía:** Surge a partir de los 6 meses posteriores al tratamiento con antipsicóticos. Su interrupción puede ocasionar la exacerbación de los movimientos.

➤ **Distonía**

Alteración en la que se presentan posturas anormales producidas por contracciones musculares sostenidas e involuntarias; la distonía es un efecto colateral a la toma de antipsicóticos que puede ser de carácter agudo o tardío, siendo ésta última de mayor gravedad. En ocasiones se suele confundir con un trastorno conversivo.

➤ **Síndrome Neuroléptico Maligno**

Síndrome altamente letal, que se caracteriza por rigidez muscular, movimientos discinéticos y posturas flexoextensivas. Para su diagnóstico se debe tomar en cuenta los siguientes criterios (Eguíluz & Segarra, 2013):

- **Mayores:** Fiebre elevada, rigidez muscular y elevación de la creatinina.
- **Menores:** Taquicardia, inconstancia en la presión arterial, estado de conciencia alterado, diaforesis y leucocitosis

Si el sujeto es diagnosticado con todos los criterios mayores o con dos de éstos y cuatro menores se puede afirmar que padece el síndrome. Una vez detectado se debe proceder a la suspensión total de la toma de medicamento antipsicótico.

➤ **Mioclónías**

Contracciones musculares involuntarias que persisten durante el reposo y el sueño. Se caracterizan por la variedad de su duración, es decir pueden ser breves, continuas o prolongadas. No obstante, según Uribe et al. (2010), las mioclónías pueden ser consideradas hasta cierto punto normales siempre y cuando sean al inicio del sueño. Su severidad aumenta al relacionarse con epilepsias o la enfermedad de Jakob-Creutzfeldt.

2. Alteraciones cuantitativas.

Por su parte las alteraciones psicomotoras cuantitativas se clasifican de acuerdo a su nivel de actividad, en esta sección se dividen de la siguiente forma:

2.1. Aumento de la actividad psicomotora **Agitación Psicomotriz o Hipercinesia**

Es el tipo de alteración psicomotora que se da con mayor frecuencia. Como su nombre indica, implica exceso de actividad motora, que puede presentarse junto a cuadros de ansiedad. Puede originarse por el consumo de sustancias tóxicas o por trastornos psicóticos.

En casos de gravedad o que implique un peligro para la vida del sujeto o la de otros se debe administrar sedantes y garantizar la estadía del individuo en un ambiente seguro.

2.2. Disminución de la actividad psicomotora

➤ **Inhibición Psicomotriz**

También denominada como Hipocinesia o Acinesia. Consiste en la disminución de las acciones motoras y mentales con etiología relacionada a excesiva ingesta de sedantes y drogas similares.

Implica una reducción en la velocidad y realización de los movimientos voluntarios, a más de una notable menor expresividad facial y corporal. El sujeto se muestra pasivo al entorno en el que se encuentra y su habla es lenta o ausente. Se puede confundir con un estado depresivo y en casos de mayor severidad podría darse una inhibición total de movimientos.

➤ **Catatonía**

Síndrome de alteración psicomotora que, entre sus características más destacadas, incluye rigidez muscular, ecosíntomas, negativismo, obediencia automática y catalepsia, entre otros.

A pesar de que los sujetos con catatonía pueden variar entre un estado de estupor hacia uno de agitación, este trastorno se ubica dentro de las alteraciones de disminución de actividad psicomotora debido a que pese a que la salud física del individuo está intacta, existe una ausencia o reducción de los movimientos comunes o normales que una persona sana podría realizar.

Suele estar relacionada con la esquizofrenia catatónica, trastornos afectivos o el abuso de drogas. En caso de que en su tratamiento se incluya antipsicóticos, su dosis no debe ser una alta ya que podría exacerbar sus manifestaciones.

➤ **Estupor**

Síndrome de alteración psicomotora que incluye una reducción de respuesta del sujeto a los estímulos que se le presenten, por lo que puede implicar acinesia o hipocinesia. Adicionalmente, también se caracteriza por la alteración variada del estado de conciencia y en la conducta alimentaria, mutismo, alucinaciones, pérdida del control de esfínteres y menor actividad motora voluntaria. Suele presentarse incluyendo estereotipias, catalepsia, manierismos y negativismo. Debido a que se presenta en diferentes patologías, se suele clasificar de la siguiente manera (Belloch et al., 2008):

- **Estupor Neurológico:** En cuadros epilépticos y por intoxicaciones de sustancias tóxicas.
- **Estupor Depresivo:** Presente en depresiones psicóticas.
- **Estupor Reactivo o Psicógeno:** Se manifiesta en situaciones de alto nivel de tensión y/o catastróficas para el sujeto.
- **Estupor Catatónico:** En la esquizofrenia catatónica junto a estados de angustia y desesperación.

3. Otras alteraciones de la psicomotricidad.

➤ **Trastorno de Conversión**

Antiguamente conocido por su denominación de Histeria. Se caracteriza por la presencia de manifestaciones similares a otras alteraciones psicomotoras como las discinesias y manierismos, de igual manera pueden semejar la ceguera, convulsiones e incluso parálisis.

A pesar de lo descrito anteriormente, el individuo con trastorno conversivo no presenta ningún daño neuropsicológico. No debe, pues, confundirse con trastornos de índole orgánica. Su importancia no debe ser descartada, ya que sus manifestaciones son involuntarias y causa de angustia para el sujeto.

➤ **Compulsiones**

Rituales estereotipados de carácter repetitivo cuyo principal objetivo es neutralizar las obsesiones con las que se relacionan (Caballo et al., 2014). El sujeto siente la necesidad subjetiva de realizar un determinada acción que puede ser tanto física como mental.

➤ **Apraxias**

Si bien es cierto, las apraxias son más y mejor tratadas dentro del ámbito neuropsicológico debido a su etiología (lesión en áreas

asociativas: Lóbulos Parietal y Temporal), pero su repercusión en el desenvolvimiento psicomotor es notable. Por esa razón, y con fines pedagógicos se procederá a una breve descripción de las mismas:

Una apraxia puede definirse como un trastorno de la integración sensoriomotora (Portellano, 2005) en el que el sujeto no puede realizar movimientos motores en forma ordenada a pesar de que fueron aprendidos previamente. Posee distintas modalidades entre ellas sobresalen la Apraxia Ideatoria que afecta el Sistema conceptual y la Apraxia Ideomotora que afecta al Sistema de Producción.

III: TRASTORNOS CLÍNICOS

UNIDAD 10: TRASTORNOS DEL SUEÑO

1. El sueño

El estado de vigilia es aquel en el que se está despierto o “vigilante”, donde el sujeto se encuentra totalmente consciente y tiene una alta interacción con el ambiente. El sueño, por otra parte, es un estado fisiológico de baja consciencia. A diferencia del coma o la hibernación, el sueño va a ser recurrente y puede revertirse rápidamente. La transición que ocurre de la vigilia al sueño se lo conoce como “ciclo o ritmo circadiano” y necesitan 24 horas para poder completarse.

El sueño, como el apetito y las relaciones sexuales, son funciones básicas para la vida que pueden verse alteradas por factores físicos y psíquicos que darán como resultado los trastornos del sueño.

2. Características electrofisiológicas del sueño

En el sueño se han podido distinguir 5 niveles fisiológicos mediante la polisomnografía, que son el sueño no REM (con sus 4 subfases) y el sueño REM. Las siglas REM se interpretan en inglés como “*Rapid Eye Movement*” que al traducirlo en español quiere decir “Movimiento Ocular Rápido”. Estas harán referencia a la presencia o ausencia de movimientos oculares en las distintas fases del sueño.

- **Sueño no REM:** También se la conoce como sueño no MOR que significa “sin movimiento ocular rápido” y va a durar de 45 a 60 minutos desde el inicio de la fase I hasta el final de la fase IV. Su porcentaje total en relación al sueño de la persona va a ser del 75% siendo 5% la fase I, 45% la fase II, 12% la fase III, y 13% la fase IV. En los seres humanos se distinguen tres fases que comprenden al sueño NREM que son:

- **Fase I:** Esta primera etapa consiste en la transición del estado de vigilia al inicio del sueño y puede durar de segundos hasta unos 10 minutos. Se caracteriza por la desaparición gradual de las **ondas alfas** (α), propias de los estados de vigilia tranquilos. Estas ondas, de 8 a 12 ciclos por segundo, comienzan a sustituirse por las **ondas beta**, cuyo voltaje es superior siendo 4 a 7 ciclos por segundo. A su vez, la actividad tónica disminuye y se presentan movimientos oculares lentos. Durante este estado, el sueño puede interrumpirse fácilmente, es por eso que, se la considera una fase inestable. Durante este periodo el sujeto puede volver frecuentemente al estado de vigilia antes de pasar a la fase II y va a representar el 5% del tiempo total de sueño.

- **Fase II:** Esta fase ocurre a continuación de la fase I a los 5 o 10 minutos y juntas se las conoce como “**sueño ligero**”. Su actividad es de bajo voltaje y frecuencias similares a la fase I. Sin embargo, aparecen dos fenómenos que lo caracterizan: husos de sueño y los complejos K. Los husos sigmas son ondas de 12-14Hz que aparecen con una frecuencia de 3 a 8/min y los complejos K son ondas bipolares de gran voltaje que aparecen de forma súbita. Durante esta fase, el umbral para despertarse se eleva, es por eso que, un estímulo que hubiese despertado a la persona en la fase I, puede no despertarlo en la fase II. Su aparición suele considerarse como señal de que el sujeto está finalmente durmiendo. En cuanto a la actividad tónica, esta disminuye aún más y los movimientos oculares desaparecen casi por completo.

- **Fase III y IV o fase del sueño delta δ :** En esta fase predomina el ritmo delta y theta y se dice que cuando el trazado está formado entre un 20% y 50% por **ondas delta**, ya se ha pasado a la fase III. Estas ondas tienen un voltaje hasta 100Wv y una frecuencia de 1 a 3 ciclos por segundos. En esta fase también aparece esporádicamente los husos sigmas, hay una disminución aún más significativa de tono muscular. Por otra parte, la respiración se mantiene de forma regular y la presión sanguínea empieza a disminuir. Para poder despertar a un sujeto en este estado, se necesitaría de una fuerte estimulación sonora. La fase IV es una etapa más profunda. El patrón de EGG va a ser igual a la fase III pero ahora al menos el 50% son ondas delta. Esta fase, junto a la anterior, constituyen al llamado “**sueño profundo**”. En esta etapa ya no se van a presentar los husos de sueño ni los complejos K. La persona va a tener mayor dificultad para despertarse ante estímulos pero si lo lograra, su respuesta sería lenta. Además, aparece atonía muscular y la frecuencia respiratoria vuelve a disminuirse. Esta fase va a ser difícil de alcanzar en personas que sufren de insomnio y otros trastornos del sueño como el sonambulismo y los terrores nocturnos.

- **Sueño REM:** a esta fase se le denomina REM (en español MOR) porque lo caracteriza la presencia de movimientos oculares rápidos. El primer periodo REM inicia a los 90 minutos de haber alcanzado todos los estados previamente mencionados y equivale al 25% del sueño total de la persona. Su trazado tiene una similitud eléctrica con la fase I, sin embargo, esta se va a presentar algo más rápido por lo que toma el nombre de “dientes de sierra”. Sus ritmos alfas y beta, su frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial, van a ser parecidos a los de

la fase de vigilia sin embargo, va a haber una anulación completa del tono muscular con contracciones esporádicas de las manos o la cara. Durante la fase REM la persona experimentará ensoñaciones abstractas y surrealistas. En el 80% de los casos, las personas que despierte durante este estado, recordarán vívidamente lo que estaban soñando.

3. ¿Por qué debemos dormir?

Es importante que la persona cumpla un horario de sueño fijo que se mantenga a lo largo del tiempo pues to que, dormir es imprescindible para el bienestar del ser humano.

Dormir ayuda a:

- Recuperar fisiológica y metabólicamente los distintos sistemas.
- Reestablecer el balance de la excitación neuronal
- Reorganizar la información que se ha obtenido durante el día relacionándola con la memoria antigua
- Borrar información irrelevante para no sobrecargar la memoria
- Restaurar la energía perdida
- Consolidar lo aprendido durante el día

4. ¿Qué consecuencias tiene la privación de sueño?

Es imposible que alguien este mucho tiempo sin dormir porque se moriría. Depende del tiempo de privación y de si se da de forma total o parcial, la persona va a experimentar distintas manifestaciones psicopatológicas relacionadas a la falta del sueño.

Si hay una privación del sueño de 60 a 200 horas la persona va a tener:

- Somnolencia
- Disminución del rendimiento: reducción en la capacidad de concentración, perseverancia en las tareas y comunicación verbal.
- Cambios en el estado de ánimo

Si la privación es mayor a 200 horas la persona va a tener:

- Microsueños
- Desorientación alopsíquica

- Ideas delirantes paranoides
- Ilusiones
- Alucinaciones

5. Alteraciones del sueño

Se dividen en dos grandes grupos: las disomnias y las parasomnias.

5.1. Disomnias

Esta categoría está relacionada con la duración, intensidad y cantidad del sueño.

5.1.1. Insomnio

El insomnio es una alteración del sueño que implica dificultad para empezar a dormir o para permanecer dormido. Una vez que el sujeto se levante será incapaz de volver a dormir, aunque le costará estar fresco y activo por la mañana. Para que una persona sea diagnosticada con el trastorno de insomnio debe de cumplir con las siguientes características:

- Que ocurra al menos 3 noches en la semana y durante 3 meses
- Descartar algún otro trastorno del sueño
- Que no tenga relación con el uso de una sustancia
- Que no se explique por trastornos mentales o médicos
- Se da por consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales

Etiología del Insomnio

Por lo general, las personas que padecen de insomnio tienen rutinas erróneas o poco saludables que repercuten en la calidad y cantidad de su sueño, por ejemplo:

- Horarios irregulares
- Cenar copiosamente
- Consumir alcohol antes de dormir
- Hacer ejercicio intenso por la noche
- Acostarse demasiado pronto

- Realizar trabajos o actividades que requiere de una alta estimulación cerebral durante la noche.
- Ingerir bebidas excitantes o sustancias estimulantes antes de acostarse
- Vivir en sectores con mucho ruido
- La temperatura ambiental es extrema.
- Se encuentran en una situación estresante que lo tiene intranquilo
- Síntoma que acompaña a la ansiedad, depresión, manía, o alguna demencia.

Consecuencias

Las consecuencias de no cumplir con las 8 horas de sueño pueden generar en el individuo:

- Deterioro funcional
- Pérdida de productividad
- Problemas de atención
- Deterioro de la memoria
- Menor habilidad para relacionarse a nivel interpersonal
- Alteraciones en el estado de ánimo
- Problemas hormonales y metabólicos
- Retraso en el crecimiento
- Envejecimiento precoz
- Aumento de peso

5.1.2. Insomnio primario

Este tipo de insomnio se caracteriza porque no se le puede atribuir con certeza una causa particular, aunque se cree que el estrés podría ser un detonante. En muchos de los casos surge en la infancia y se puede prolongar a lo largo de la vida aumentando con la edad. Los síntomas que se presentaran en los sujetos serán: fatiga, cansancio, cefaleas, tensión muscular y molestias gástricas. La razón por la que este tipo de insomnio se prolonga es que el sujeto está constantemente preocupado por su estado, en que tendrá dificultades para conciliar el sueño durante la noche. Por ende, se

desarrolla un estado de ansiedad y tensión durante el día que provocan una alteración del sueño por la noche. Este trastorno puede, además, producir una especie de hipersomnía diurna.

5.1.3. Hipersomnía

La hipersomnía se caracteriza por una somnolencia excesiva que puede ser nocturna (mayor o igual a 10 horas) o diurna (siestas frecuentes que pueden durar más de 1 hora). Suele iniciarse alrededor de los 15 y 35 años y tiende a la cronicidad. Para que este episodio se le considere trastorno, deberá ocurrir durante al menos 1 mes. Además, no va a estar asociado a otro trastorno médico o a los efectos de una sustancia, y se habrá descartado con anterioridad la narcolepsia. Los pacientes que sufren de este trastorno pueden quedarse dormidos durante el día pero su sueño no va a ser reparador. Sus síntomas serán: nivel bajo de alerta, rendimiento y de concentración. Esto podrá repercutir en el ámbito laboral y social de la persona, además de poder verse envuelto en accidentes.

5.1.4. Narcolepsia

La narcolepsia es un síndrome de origen desconocido caracterizado por ataques anormales de sueño. Se lo conoce también como síndrome de Gélineau y es un padecimiento que afecta tanto a hombres como a mujeres. Suele iniciarse en la adolescencia, pero se establece concretamente alrededor de los 25 años. La narcolepsia está integrado por cuatro síntomas que forman la “tétrada narcoléptica” siendo la somnolencia el síntoma de mayor frecuencia.

1. Somnolencia diurna excesiva: los pacientes presentan ataques de sueño agudos durante circunstancias que se podrían considerar estimulantes. Este episodio dura entre 10 y 15 minutos y suele haber un periodo refractario de varias horas antes del próximo episodio.
2. Cataplexia: es una alteración de la psicomotricidad por entrar de repente en la fase REM. Lo que el sujeto experimentará es una repentina disminución del tono muscular (generalizada o localizada) estando totalmente consciente de ello. Usualmente se va a desencadenar por emociones intensas como la risa, el llanto o la ira y durará pocos segundos. Estos episodios se iniciarán años después de establecerse la somnolencia diurna.
3. Parálisis del sueño: es un estado que mantiene similitud con la cataplexia puesto que, el paciente siente que no puede moverse, hablar o respirar con naturalidad. La diferencia está en que éste no va a tener

desencadenantes emocionales. Su duración no excederá los pocos minutos, pudiendo cesar antes frente a estímulos externos.

4. Alucinaciones hipnagógicas: los episodios alucinógenos son seudopercepciones de índole auditiva o visual. No aparecerán hasta la adolescencia y van a tender a disminuir con el tiempo. Hay casos en los que la parálisis y las alucinaciones se dan simultáneamente convirtiéndose en un evento terrorífico para el paciente.

Etiología:

Se cree que la narcolepsia tiene una base hereditaria, siendo uno de los pocos trastornos del DSM-5 en que se ha identificado un mecanismo biológico. Se ha observado que en la mitad de los pacientes narcolépticos hay un familiar en primer grado que también lo padece. En cuanto a su explicación fisiológica, se presume que hay una deficiencia del neurotransmisor hipocretina en estos pacientes.

5.2. Trastornos del sueño relacionados con la respiración

El síndrome de apnea del sueño es una alteración de la respiración que se caracteriza por la interrupción repetitiva (más de 10 segundos) del flujo aéreo nasobucal durante el sueño. A partir de estudios polisomnográficos se pueden distinguir tres tipos de apneas: de obstructiva, central y mixta.

- **Apnea del sueño obstructiva:** Consiste en el cese del flujo aéreo, volviéndose a iniciar de manera repentina. Esta es la apnea más común. Durante el sueño, los músculos se relajan y las vías respiratorias se estrechan por lo que, la respiración se vuelve inadecuada por 10 a 20 segundos. El encéfalo detecta la anomalía y despierta al sujeto. El signo más característico será el ronquido, dado que las paredes de la garganta colapsan.
 - **Consecuencias:** Como el cese respiratorio va a ocurrir durante toda la noche, el sujeto no podrá entrar a las fases III y IV convirtiéndose en un sueño no reparador. Por otra parte, no habrá un adecuado intercambio de gases, provocando diferentes grados de hipoxemia e hipercapnia nocturnas.
- **Apnea del sueño central:** consiste en el cese parcial del ritmo respiratorio debido a que las neuronas eferentes del encéfalo evitan que los músculos que controlan la respiración actúen de forma correcta. Esto va a ocurrir únicamente en casos en los que el SNC se haya lesionado.

- **Apnea del sueño mixta:** va a ser la combinación de las dos apneas anteriormente mencionadas. Unas veces se va a paralizar el sistema respiratorio y en otras habrá una obstrucción.

5.3. Trastornos del ritmo circadiano

Son alteraciones del sueño debidas a una desorganización del sueño-vigilia; es decir, se duermen las horas correspondientes, pero los horarios de sueño están alterados. Los seres humanos se rigen por los ritmos circadianos, que están vinculados con la temperatura, la genética y la exposición a la luz. Además, el cuerpo tiene una hormona llamada melatonina que se libera durante la noche y es la que induce al sueño. Todos estos elementos van a provocar los patrones por los que la persona despierta y se duerme. Dentro de este grupo encontramos a los siguientes trastornos:

- **Tipo de fases de sueño retardadas:** surge por una demora al momento de ir a dormir (más de 2 h)
- **Tipo de fases de sueño avanzadas:** sus biomarcadores circadianos se han programados 2 a 4 h antes de lo habitual puesto que, se han acostumbrado a madrugar.
- **Tipo asociado a turnos laborales:** le ocurre a las personas que tienen horarios de trabajo poco comunes por ejemplo, una semana trabaja durante la noche y otra semana trabaja durante la mañana. Esto interfiere en el mantenimiento de un horario de sueño-vigilia normal.

5.4. Parasomnias

Son anomalías que se producen en fase REM y NO REM del sueño.

5.4.1. Pesadillas

Las pesadillas son episodios que ocurren durante el sueño REM y tiene que ver con el contenido de lo que se está soñando, que puede ser terrorífico, angustiante o amenazante. La ansiedad puede provocar una reacción motora que despierte al individuo. Sin embargo, la ansiedad se irá disipando en la medida que reconozca que sólo estaba soñando. Se pueden experimentar pesadillas independientemente de la edad, aunque son más comunes en niños. No se conoce con exactitud su etiología, pero existen teorías que consideran que tiene un significado importante para la persona.

5.4.2. Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos suelen producirse en las fases III o IV del sueño. Inician con un grito angustiante y desgarrador en mitad de la noche. Generalmente, la persona se levantará con una sensación angustiante difusa, sin saber exactamente qué ha ocurrido ni recordar nada. Su etiología se cree guarda relación con la tensión emocional y la fatiga.

5.4.3. Sonambulismo

El sonambulismo se caracteriza por una secuencia movimientos corporales que el sujeto realiza durante el sueño de ondas lentas. La persona puede llegar a levantarse y realizar diversas actividades como caminar por la casa o mover cosas. También podría articular algunas palabras. Durante este estado, la persona no reacciona a los estímulos ambientales. Su duración puede ser de 1 a 30 minutos y puede ocurrir varias veces por semana a lo largo de la vida. Este trastorno se va a desencadenar aún más en épocas de estrés.

UNIDAD 11: TRASTONOS DE LA SEXUALIDAD

Disforia de género

Anteriormente denominado trastorno de la identidad sexual, se define como la disconformidad de un individuo con su sexo biológico, debido a que existe una identificación persistente o dan por hecho que pertenecen al sexo opuesto. Esta psicopatología está acompañada de una profunda insatisfacción con el sexo asignado, así como repudio o malestar hacia las características, tanto primarias como secundarias, propias de cada sexo. Por ejemplo: un hombre (cromosomas XY) que se identifica como mujer tiene tendencia a rechazar a su pene. Subjetivamente, se identificará como mujer; a eso se refiere el género. O, por ejemplo, el caso de una mujer (cromosomas XX) que se identifica como hombre, rechazará sus senos y su vulva. Este malestar generalmente va acompañado del deseo de querer cambiar dichas características físicas, así como vivir igual que una persona del sexo opuesto. Abarca aspectos psicológicos, sexuales, culturales, sociales, físicos y emocionales. Por esta razón, en muchas ocasiones, las personas recurren a cambios hormonales, anatómicos y genitales, como es el caso de las operaciones de reasignación de sexo (Otero, 2011).

No se ha demostrado la causa de este tipo de alteraciones, aunque parecen ir parejas a cuestiones sociales y culturales.

Los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno incluyen:

- Fuerte incongruencia entre el sexo que uno tiene y se expresa, y su sexo original
- Fuerte deseo por desprenderse las características sexuales primarias y secundarias de su sexo
- Fuerte deseo de poseer las características sexuales primarias y secundarias del se contrario
- Fuerte deseo de ser tratado como miembro del otro sexo
- Convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones del otro sexo

1. Disfunciones sexuales

Es la alteración en alguna de las fases de la respuesta sexual, cuyas fases son:

- **Deseo:** Aparecen fantasías sexuales, cambios hormonales y deseo de actividad sexual

- **Excitación.** Aumenta la tensión muscular, respiratoria y cardíaca. En varones, la vasoconstricción provoca la erección del pene. En la mujer, la dilatación de la vagina y su lubricación.
- **Meseta:** Consiste en el mantenimiento de fase de excitación, con una preparación para el orgasmo.
- **Orgasmo.** Existen contracciones involuntarias musculares, la respiración y el ritmo cardíaco alcanzan su máximo. Hay una fuerte sensación de placer.
- **Resolución.** Se libera la tensión muscular y el organismo se relaja.

En la siguiente figura puede verse el patrón de respuesta sexual masculino (azul) y femenino (rosa).

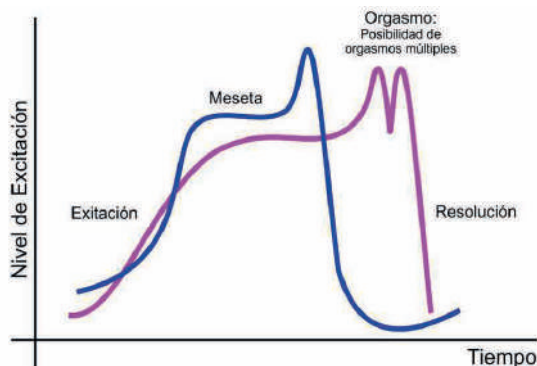


Figura 1. Fases de la respuesta sexual (?) Recuperada de: <http://www.arequitadigital.com/2015/05/respuesta-sexual-humana.html>

Al enfrentar una disfunción sexual hay que saber si la respuesta sexual ha sido así desde siempre o se ha adquirido (la persona no lo tenía y en un momento determinado aparece). También hay que tener en cuenta si es generalizada (se produce en todas las situaciones) o es situacional (solo aparecen en algunas situaciones). Y si son producidas exclusivamente por factores psicológicos u orgánicos.

2.1. Trastornos del deseo sexual

Hiposexualidad: Se caracteriza por la marcada disminución del apetito sexual con escasas fantasías. Su principal etiología como psicopatología son los problemas de carácter emocional, mientras que biológicamente es causado por problemas neurológicos. Se puede dar en comorbilidad con

la epilepsia y la depresión, por daños en el sistema límbico, desbalance endocrino e inducida por medicación.

Trastorno de aversión al sexo: Es la sensación de asco, temor o ansiedad ante la sola posibilidad de tener relaciones sexuales. Este trastorno está causado principalmente por experiencias sexuales negativas, como violaciones. Puede ser generalizado, cuando la aversión es provocada hacia todo tipo de actividad sexual (ya sean besos o abrazos apasionados).

También puede ser específico o focalizado cuando la aversión se genera por determinado factor o elemento de la actividad sexual, como la penetración vaginal o las secreciones genitales (flujos vaginales o semen). La gravedad de este trastorno oscila entre reacciones de estrés hasta ataques de pánico.

Hipersexualidad: Es el aumento de la libido y de la actividad sexual, siendo esta última una característica muy relevante. La etiología de esta patología es la manía, esquizofrenia, alteraciones neurológicas e histeria; además también se puede provocar por lesiones a nivel del diencefalo o daños en esta área por inflamación o tumoración. El síndrome de Klüver – Bucy, manifiesta hipersexualidad. Otras posibles causas de este trastorno son las alteraciones hormonales generadas por el hipercorticismismo, el hipertiroidismo y el hiperandrogenismo.

La hipersexualidad genera que las personas se estimulen sexualmente de forma reiterada, ante estímulos visuales o pensamientos. Generalmente se presenta en personas que han sido reprimidos sexualmente durante las primeras etapas del desarrollo (infancia y adolescencia). Esta patología se presenta con mucha frecuencia en personas con un trastorno de la personalidad u otras alteraciones mentales, tales como la satiriasis (exclusiva en hombre) o la ninfomanía (exclusiva en mujeres), conocidas popularmente como “adicción al sexo”, que se caracterizan por un aumento de la libido y del deseo sexual, lo que genera que las actividades sexuales aumenten (Uriarte, 2013).

2.1. Trastornos de la excitación sexual

Trastorno eréctil en el hombre: también denominado disfunción eréctil, se define como la inhabilitación para obtener o mantener una erección, ya sea de forma persistente, o recurrente (cuando no ocurre siempre). Esta patología impide iniciar o mantener relaciones sexuales puesto que no se puede consumir la penetración, lo que a su vez genera un deterioro en las relaciones interpersonal en la pareja. Este trastorno se presenta en aproximadamente

el 18% de los hombres entre los 50 a 59 años y posteriormente esta cifra va en aumento exponencial conforme mayor edad, debido a los problemas del funcionamiento cardiovascular y arterioescleróticos propios de la vejez, pues es bien sabido que la correcta irrigación sanguínea en el pene es la base para las erecciones.

2.2. Trastorno de la excitación sexual en mujeres: Esta patología se define como la incapacidad de mantener la respuesta de la lubricación vaginal que es propia de la etapa de excitación y al igual que en el caso del trastorno eréctil en el hombre, esta puede ser recurrente o persistente. Y así mismo puede provocar malestar y deterioro en las relaciones interpersonal en la pareja. En ambos casos (trastorno eréctil en el hombre y trastorno de la excitación sexual en mujeres) el diagnóstico será positivo siempre y cuando no este causado por consumo de psicotrópicos, enfermedades médicas u otros trastornos psicopatológicos, que no sean de carácter sexual.

2.3. Trastornos orgásmicos

Eyacuación prematura: Es la pérdida de control sobre los reflejos eyaculatorios, que generan una eyacuación casi inmediata como respuesta a un estímulo sexual leve (o bien antes, durante, incluso poco tiempo después de realizar el coito). Este trastorno genera malestar y problemas en las relaciones interpersonales a quien lo padece. La eyacuación prematura está presente en torno al 30% de la población masculina, lo que la convierte en el trastorno sexual más frecuente entre hombres. Puede ser adquirido o de nacimiento, y generalizado o situacional. Además se pueden diferenciar tres niveles: 1) Leve que se da cuando el estímulo sexual provoca la respuesta eyaculatoria en un laxo de 30 a 60 segundos; 2) Moderado, cuando la respuesta eyaculatoria tiene lugar entre 15 y 30 segundos después de la presencia del estímulo; y 3) Grave, cuando la eyacuación se da en menos de 15. A pesar de esta diferenciación de niveles, el criterio diagnóstico que determina el trastorno de eyacuación precoz se da cuando la eyacuación tiene lugar antes de que la persona lo desee, y que este problema se presente durante, como mínimo, seis meses.

Eyacuación retardada: Ausencia de eyacuación (aneyacuación) o la presencia de ésta de forma retardada (30-45 minutos) posterior a la penetración o ante cualquier actividad sexual. Este trastorno es generalmente de carácter psicológico, aunque también puede darse como consecuencia de alteraciones orgánicas provocadas por el consumo de fármacos, especialmente los antidepresivos, y por daños neurológicos como trauma en

los nervios pélvicos o espina dorsal. Entre las etiologías psicológicas tenemos la falta de interés por la pareja sexual, condicionamiento por masturbación y eventos traumáticos, como haber sido descubierto mientras se mantenía relaciones sexuales “ilícitas”.

Trastorno orgásmico femenino: Se define como la inhabilidad o el retraso en alcanzar el orgasmo, así como la marcada disminución en la intensidad de los mismos. El diagnóstico de este trastorno incluye la prevalencia de este por un periodo de seis meses y en, al menos, un 75% de las relaciones sexuales.

2.4. Trastornos sexuales por dolor

Dispareunia: 5% en varones 15% en mujeres. La persona tiene dolor (en la zona genital o en otro sitio) en el momento de la respuesta sexual. Se descarta en el caso de que este provocado por enfermedad médica.

Vaginismo: No confundir con vaginitis. Espasmos involuntarios en el tercio externo de la vagina. Si se intenta la penetración hay dolor. Aparece más en mujeres jóvenes y en niveles culturales bajos.

Hay tres tipos de causas:

- Biológicas:

- Enfermedad neurológica y que afecta al SNC
- Problemas vasculares: insuficiencia renal, constricción de las arterias; dispersión venosa (la sangre circula demasiado rápido y por ello pasa por el pene muy rápido, lo que provoca poca duración de la erección
- Enfermedades crónicas
- Fármacos: Antihipertensivos, antidepresivos, ansiolíticos
- Alcohol y drogas
- Cansancio

- Psicológicas

- Ansiedad (puede también aumentar la excitación)
- Distracción (estar todo el día pensando en exámenes)
- Infravalorar los niveles de excitación

- Sociales y culturales

- Aprendizaje (Ej. La sexualidad es mala y merece castigo)
- Sucesos negativos (Ej. Abusos a menores)
- Deterioro de las relaciones interpersonales.

3. Parafilias

Antiguamente denominadas desviaciones sexuales. Están relacionados con una actividad sexual en la que el objeto, la persona o las prácticas no son adecuadas. Hay muchísimas y no existe alteración en la respuesta sexual, tienen todas las fases.

Tipos:

- Pedofilia (niños)
- Incesto (familiares)
- Zoofilia (animales)
- Coprofilia (heces)
- Urofilia (orina)
- Klismafilia (enemas)
- Fetichismo (objetos inanimados)

Práctica:

- Frotteurismo: Frotar los genitales a otra persona sin su consentimiento.
- Violación: Con violencia, sin que la otra persona lo desee.
- Voyeurismo: Excitación sexual al observar a otras personas en el acto sexual.
- Exhibicionismo: Mostrar genitales a otros sin que estos se lo esperen.
- Sadismo: Se le hace daño al otro y se le humilla.
- Masoquismo: Recibir daño y humillación.

Para diagnosticar parafilias:

- Cualquiera de estas características debe aparecer al menos 6 meses.

- Que produzca malestar o en uno mismo o en otros.
- Pueden ser fantasías o pensamientos. Se excita con ellos.

La mayoría los parafilicos son hombres.

3.1. Fetichismo

Cualquier objeto puede ser fetiche, aunque destaca la ropa interior y los zapatos. También puede ser que sea una parte del cuerpo (parcialismos) Hay tres tipos:

- o La excitación es producida por estimulación táctil.
- o Aquellos en los que es el objeto el que produce la excitación.
- o Fetichismo travestista: la persona se excita con la ropa del otro sexo.

3.2. Voyerismo y exhibicionismo

No es raro que aparezcan en la misma persona. Le excita que le pillen mirando a escondidas a otras personas manteniendo relaciones, o el mostrar el propio cuerpo a quien no se lo espera.

3.3. Sadismo y masoquismo sexual

El sádico le hace daño al otro y le humilla. El masoquista recibir daño y humillación de otro, ambas tendencias provocan mucho placer a quien lo padece.

3.4. Pedofilia e incesto

- Incesto: se mantienen relaciones entre familiares (padre – hija; tío – sobrina). Hay quien no considera incesto a las relaciones entre hermanos; no es la opinión del autor. Las víctimas suelen ser niñas que ya han entrado en una época de desarrollo sexual.
- Pedofilia: Se excitan con los niños en general.

Los incestuosos suelen excitarse con mujeres adultas, los pedófilos no. Tanto uno como otros pueden abusar físicamente de los niños buscando las artimañas para enredarlos, confundirlos o incluso hacerles ver que es lo correcto. Esto trae consecuencias tremendas porque las víctimas desarrollan mucho sentimiento de culpabilidad.

UNIDAD 12: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen que ver con la cantidad de comida ingerida, y con la función de la comida dentro de la vida del paciente. La frase “vivir para comer” tal vez no sea aplicable a todas las personas diagnosticadas dentro de esta categoría, pero sí que es cierto que la comida desempeña un papel fundamental en la vida de estas personas. Veremos que habrá quienes restrinjan fuertemente la cantidad de alimentos ingeridos o, por el contrario, quienes comen en exceso y muestran culpa y bochorno.

1. Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios recurrentes de excesiva ingesta de alimentos seguidos de conductas compensatorias.

1.1. Generalidades

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que no sigue un patrón alimentario regular, presentándose episodios de ingesta excesiva y desproporcional. Se caracteriza principalmente por distanciarse de la comida saludable y empezar a consumir comida en exceso por medio de atracones. Después del episodio le sigue un período de culpabilidad que lo conduce eliminar toda la comida que haya ingerido por medio de vómitos u otras sustancias, así como con ayunos o ejercicios físicos. Estas conductas son realizadas con la finalidad de no ganar más peso corporal.

Las personas que tienen este trastorno comparten tres puntos en común: Primero, no poseen un control adecuado en cuanto a la proporción de la comida y los episodios bulímicos. Segundo, manifiestan conductas compensatorias para mantener su peso o lograr un peso corporal inferior al normal y, por último, pensamientos obsesivos por la imagen física y el peso. Tienen consciencia de enfermedad, a diferencia de la anorexia nerviosa, que se verá más adelante.

Uno de los resultados inmediatos de vomitar es que desaparece la sensación de malestar físico lo que, por ende aminora el miedo a engordar. De cierta manera, las personas que padecen de bulimia nerviosa, generan un patrón alimentario constante el cual se caracteriza por: 1) abstenerse de comer alimentos dentro de las primeras horas de la mañana, 2) comer en exceso a medida que llega la tarde-noche, y 3) Conductas de purga. A la mañana siguiente estos sentimientos de culpabilidad los conducen a fortificar la abstinencia de alimentos lo que desencadena una serie de repeticiones antes mencionadas.

1.2. Causas

Entre los factores que predisponen al desarrollo de la bulimia nerviosa están: el factor biológico/ genético. Por ejemplo, si posee algún familiar con bulimia nerviosa. También se ha demostrado que existe una disminución de serotonina, lo que genera una falta de saciedad y problemas con el estado de ánimo.

En el ámbito familiar, encontramos familias conflictivas, desestructuradas. También puede haber padres que se sienten disconformes con su imagen, lo que les lleva a seguir diferentes dietas rigurosas, además de manifestarles a sus hijos su posible disconformidad el físico, haciéndolos participes de sus dietas. Por otra parte, son las mismas familias las que muestran actitudes de hostilidad frente a las necesidades emocionales de las personas que padecen este trastorno.

Los factores culturales que transmiten mensajes de felicidad y éxito por un cuerpo delgado, lo que puede persuadir a algunas personas a realizar cambios drásticos en sus hábitos alimenticios.

1.3. Síntomas clínicos

Las personas que padecen bulimia nerviosa tienen una mayor tendencia hacia la depresión, propensión al abuso de sustancias, irritabilidad, síntomas de estrés por el constante deseo de bajar de peso y baja autoestima. Las complicaciones más significativas de este tipo de trastorno engloban alteraciones en el sistema digestivo, cardiovascular, respiratorio, renal, psíquico, hormonal, neurológico, rigidez muscular, períodos de menstruación irregulares, ansiedad, depresión, infección urinaria, alteraciones dentales y trastornos del sueño.

1.4. Criterios diagnósticos

El DSM-5 establece cinco criterios para el diagnóstico:

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

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

2. Una sensación de falta de control sobre el comer durante el episodio (por ejemplo, una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B) Conductas compensatorias recurrentes inapropiadas con el fin de prevenir el aumento de peso, tales como: provocarse el vómito, mal uso de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, y hacer ayuno o ejercicio excesivo.
- C) Tanto la ingesta voraz como las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, como media, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D) La autoevaluación está excesivamente influida por el peso y por la forma del cuerpo.
- E) El trastorno no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2. Anorexia Nerviosa

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2011) la anorexia nerviosa que es una alteración en la cual el que lo padece tiene una percepción de su imagen corporal distorsionada, esto hace que se vea gorda/o, inclusive cuando se encuentra en un estado de delgadez extrema. Se caracteriza por la restricción de la comida, sobre todo si posee un alto nivel calórico. Se limita a ciertos alimentos, en algunos casos practica ejercicio físico en exceso, dado que su único objetivo es adelgazar. La pérdida de peso puede ser gradual, de manera que el cuerpo se va adaptando al nuevo estado de malnutrición.

2.1. Generalidades

Es probable que inicie aproximadamente entre los 13 y 18 años, sin embargo, la edad promedio para su inicio está en descenso. La pérdida de peso corporal es negada en su totalidad, por lo que se entiende como una falta de conciencia de la enfermedad. Por lo general su evolución suele ser variable; es decir, que en ciertos pacientes el desarrollo de la enfermedad es solo de forma parcial y se llega a una solución sin comprometer la esfera física y mental. Por el contrario, en otros casos el problema se torna crónico, con un gran riesgo para la vida.

Las anoréxicas nerviosas se subdividen en dos tipos, las restrictivas y las purgativas. Las anoréxicas restrictivas sobresalen por su resistencia a la señal de sensación de hambre, estas no hacen uso de otras sustancias

como diuréticos o laxantes, además de no recurrir a los atracones o purgas. En cambio, las anoréxicas purgativas, tienen cierta similitud con la bulimia nerviosa. Existe un intercambio de periodos que van de los atracones a provocarse los vómitos o a abusar de sustancias purgantes. Suelen hacer uso de los atracones como una manera de aminorar la sensación hambre que experimentan diariamente. Posteriormente, se inducen el vómito para mantenerse dentro de los niveles de peso corporal. Las personas con anorexia o bulimia tienen cierta dificultad para gestionar sus emociones.

2.2. Causas

La génesis de la anorexia nerviosa se da a través diversos factores, entre los que destacan la insatisfacción con la imagen corporal en concomitancia con dificultades personales o sociales.

Según los investigadores Méndez, Vázquez-Velazquez, & García-García (2008), hay cuatro factores esenciales para el desencadenamiento o predisposición a la anorexia:

1. El factor biológico o genético que lleva la mitad de la carga para el desarrollo de una conducta alimentaria inapropiada. La herencia afecta ocho veces más a las personas que tienen algún familiar con este trastorno, o que poseen un metabolismo más veloz que las demás personas. El índice de masa corporal también es hereditario, otros factores genéticos que coadyuvan a la evolución de la anorexia nerviosa son los trastornos de la personalidad, la tendencia hacia la obesidad, vulnerabilidad emocional o un trastorno obsesivo compulsivo.
2. Factor social: los medios de comunicación fomentan continuamente el valor de la delgadez como un componente asociado al éxito, se conoce que las profesiones donde existe mayor presión por los ideales de belleza son aquellas donde su imagen es lo que vende tales como las modelos, bailarinas, empresarias etc. Hay un nuevo estándar de belleza que es promocionado y mediatizado a nivel mundial, acarreando un aumento progresivo de conductas inadecuadas de alimentación.
3. Factor familiar: muchas veces los problemas familiares están íntimamente relacionados con el desarrollo de los trastornos de la alimentación. La dinámica familiar juega un rol fundamental en la anoréxica, un vínculo inseguro puede desencadenar su inicio. Falta de comunicación, falta de apoyo emocional, inseguridad en la autonomía, baja autoestima... Son las situaciones que se dan dentro del núcleo familiar que incitan los problemas de la conducta alimentaria.

4. Factor psicológico: que se origina a partir de pensamientos o ideas recurrentes sobre la percepción de la imagen física, que lleva a una idea de estar gorda/o, produciendo un pensamiento cuasi obsesivo sobre la concepción de delgadez.

2.3. Síntomas clínicos

- Amenorrea, como característica principal de un trastorno alimenticio
- A nivel cardiovascular, posible existencia de un fallo cardiaco por la disminución de la presión y frecuencia cardiaca
- Pérdida de cabello, uñas débiles
- Fatiga que lleva a un cansancio constante
- Anemia severa
- Impiden o retardan la pubertad
- Ausencia de interés sexual
- Pérdida y debilidad muscular
- Daño cerebral
- Deshidratación que resulta como un fallo renal
- Infertilidad

Por otro lado se encuentran las consecuencias a nivel psicológico que comúnmente vienen acompañadas por síntomas de ansiedad, que incluye la fobia social y la tendencia al aislamiento. Evita asistir a eventos en donde haya la probabilidad de comer. Puede darse depresión, trastornos del sueño, baja autoestima que suele ir de la mano con la inseguridad y los sentimientos de culpa, sentimientos de frustración o inutilidad, disminución de la concentración por la falta de minerales y nutrientes esenciales, tendencia al perfeccionismo como un mecanismo para exigirse un mayor control sobre sí mismas.

2.4. Criterios diagnósticos

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA), a través de su manual diagnóstico, DSM-5, proporciona los siguientes criterios para el diagnóstico:

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

- B) Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa/o. Este miedo es persistente e interfiere con la posible ganancia de peso, incluso cuando éste es significativamente bajo.
- C) Una alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal. Indebida autoevaluación sobre su propio peso y falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual.

Se debe especificar el subtipo:

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

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

3. Otros trastornos alimentarios

3.1. Rumiación

Regurgitar la comida, re-masticarla y luego la deglutirla. Aparece en el 10% de los retrasos mentales y con frecuencia en demencias.

4.1 Pica

Ingesta de sustancias no nutrientes como arena, plastilina, excrementos de animales, hojas, etc. Aparece en niños retrasos o demencias y puede llevar a la muerte.

No hablamos de pica si se ingiere algo no nutriente admitido por la cultura (en África las embarazadas comen tiza por su alto contenido en calcio).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Anguiano, J. B., Muñoz, P., & Mondragón, M. (2013) *Introducción a la Psicopatología*. 3ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Apreda, G. A. (2010). *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental: sus paradigmas y su Integración*. Buenos Aires: EDULP.
- Armayones, M., Horta i Faja, E., Jarne, A., Requena, E., & Talarn, A. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Berger, J. B. (2010). Estupor y Coma. En W. G. Bradley, R. B. Daroff, G. M. Fenichel, J. Jankovic, & EdDe (Ed.), *Neurología clínica* (EdiDe, Trad., Quinta ed., Vol. I, págs. 41-62). Barcelona: Elsevier.
- Black, D., & Andreasen, N. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. Bogotá: Manual Moderno.
- Borrell, F. (2006). *El modelo biopsicosocial y su evolución*. Recuperado el 1 de Octubre de 2016, de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobles, J. A. (2014). *Manual de Psicopatología* (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cortese, E. (2004). *Manual de psicopatología y psiquiatría* (2da Edición ed.). Buenos Aires: Nobuko.
- Eguíluz Uruchurtu, I., & Segarra Echebarría, R. (2013). *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad* (5ta Edición ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill.

Institut Català de la Salut. (2001). *Mini-Mental State Examination*. Recuperado el 1 de Octubre de 2016, de Institut Català de la Salut: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/30/img/minimentaldef.MMSE.pdf>

Jarne Esparcia, A., Talamí Caparrós, A., Armayones Ruiz, M., Faja, E., & Varón, E. (2006). *Manual de Psicopatología*. Barcelona: Eureka Media SL.

Liesowska, A. (2016). Reconstructing brain surgery as it was conducted around 3,000 years ago. *The Siberian Times*.

Lischinsky, A. (2008). El examen neuropsiquiátrico. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes, & F. Manes, *Tratado de Neuropsicología Clínica* (págs. 81-90). Buenos Aires: Librería Akadia.

Low, P. (2012). Cambridge Declaration on Consciousness. En J. Panksepp, D. Reiss, D. Edelman, B. Van Swinderen, P. Low, & C. Koch (Ed.), *Francis Crick Memorial Conference: "Consciousness in Human and non-Human Animals"* (pág. 3). Cambridge: Cambridge University.

Nolasco, C. (2010). *Manual de psicopatología* (1era Edición). Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Olmos, G., & Hernández, J. (2004). Equivalencias electroencefalográficas del sueño en los niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87-89.

Requena V, E., & Sáez, C. (2009). *Guía de estudio de psicopatología de adultos*. Barcelona: Eureka Media.

Salazar Vallejo, M., Peralta Rodrigo, C., & Pastor Ruiz, F. J. (2009). *Manual de Psicofarmacología* (Segunda ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Salguero del Valle, A., & Molinero, O. (2012). Efectos del ejercicio sobre el sueño. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Shliapochnik, J. (5 de Septiembre de 2016). *Sueño y Vigilia: Condiciones de la Conciencia*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2016, de Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: www.psi.uba.ar

Sternberg, R. J. (2010). La naturaleza de la atención y la conciencia. En R. J. Sternberg, *Psicología cognoscitiva* (M. E. Ortiz Salinas, & L. Reyes Ponce, Trads., Quinta ed., págs. 123-175). México D. F: Cengage Learning.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal* (9ª Ed.). Mexico D.F: Cengage Learning.

The World Health Organization (1992). *ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.

Uribe U, C., Arana C, A., & Lorenzana P, P. (2010). *Fundamentos de Medicina: Neurología* (7ª Ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8ª Ed.). Mexico D.F: Elsevier Masson.

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.

Varón, E. R., & Sáez Codina, R. (2009). *Guía de estudio de Psicopatología de adultos* (Primera edición ed.). Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Vásquez Valverde, C., & Fuentenebro de Diego, F. (1990). Historia de la Psicopatología. En C. Vásquez, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (págs. 415-421). Madrid: McGraw - Hill, D.L.

El presente libro es el resultado de años de trabajo con pacientes y estudiantes. Es un libro que aúna la teoría, propia del ámbito académico, con la práctica, propia del campo profesional. El objetivo de la presente obra es aportar al lector conocimientos básicos sobre psicopatología en un período relativamente breve de tiempo.


Los temas son abordados con sencillez, para que esté al alcance de estudiantes, colegas o lectores independientes. No obstante, cuenta con el rigor académico necesario a la hora de definir y especificar los conceptos.

El libro está pensado para ser agradable a la lectura; va de lo general a lo específico, y aborda los temas de forma que despierte la curiosidad en el lector.



 uees_ec

 universidadespiritusanto

 www.uees.edu.ec

 Km. 2,5 La Puntilla,
Samborondón

ceninv@uees.edu.ec

Teléfono: (593-4) 283 5630 Ext: 208 - 209