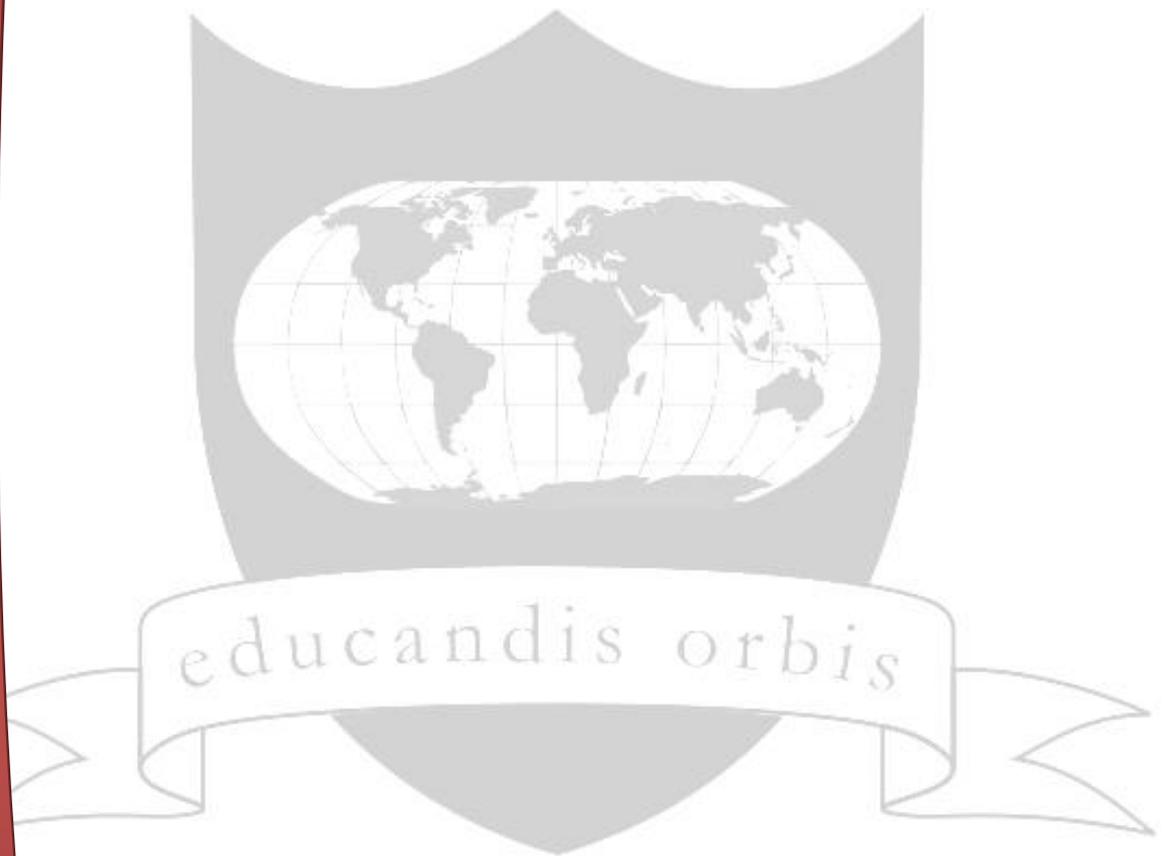


AAU

AMERICAN ANDRAGOGY
UNIVERSITY



PSIQUIATRÍA CRIMINAL

1) DEFINICIONES DE ENFERMEDAD MENTAL

- DEFINICION MÉDICA
- DEFINICION PSICOLOGICA
- DEFINICION SOCIAL
- DEFINICIONES POPULARES (FOLK)

Las enfermedades psiquiátricas, o mentales , son aquellas que se producen por una desregulación del cerebro y sus funciones, lo que produce una serie de síntomas biológicos, psicológicos y sociales.

Al hablar de enfermedades mentales hay que tener en cuenta que los parámetros que se manejan en psiquiatría, como ansiedad, depresión, personalidad, inteligencia, etc., no son tan fáciles de evaluar como otros parámetros médicos tales como los niveles de glucosa, hemoglobina u hormonas tiroideas.

La psiquiatría es la especialidad menos científica de la medicina, de una medicina que a su vez en la menos científica en las ciencias y que sigue teniendo mucho de arte y humanismo.

También hay que tener en cuenta que los sufrimientos de la vida, las reacciones de duelo, las conductas extrañas, incomprensibles, inmorales, perversas, delictivas, violentas, no constituyen por sí mismas una enfermedad mental. La vida humana es más amplia , rica y compleja de lo que la psiquiatría pueda abarcar. Normalidad psíquica no equivale a la perfección y felicidad como ingenuamente parece creer parte de la hipermedicalizada y hedonista sociedad actual.

MODELOS DE ENFERMEDAD MENTAL:

Los principales modelos actuales de enfermedad mental son:

- EL MODELO MÉDICO, BIOLÓGICO U ORGÁNICO
- EL MODELO PSICOLOGICO
- EL MODELO SOCIAL
- EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

EL MODELO MÉDICO, BIOLÓGICO U ORGÁNICO.

El modelo médico es la aplicación del modelo científico a la Medicina.

El modelo científico se originó a partir del siglo XVII con las obras de Descartes, Bacon y Newton. Es un modelo mecanicista e immanentista.

En Psiquiatría el modelo médico se consolidó con la escuela psiquiátrica francesa del siglo XIX, y con la escuela psiquiátrica alemana de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

El modelo médico asume que la enfermedad esta producida por una causa orgánica, la cual produce unos síntomas observables y analizables, los cuales pueden ser agrupados en síndromes y cuadros clínicos, que siguen un curso predecible, lo que permite establecer un diagnóstico, y eventualmente realizar un tratamiento, que en consonancia con el modelo médico deberá ser orgánico.

El modelo médico ha proporcionado grandes avances a la Medicina, pero muestra sus limitaciones en las enfermedades crónicas y degenerativas, y en la no aceptación de la vejez y la muerte, como señaló Ivan Illich en su libro "Némesis Médica". (1976). Además, el modelo médico actual ha provocado una hiperespecialización, que si bien es necesaria en algunas disciplinas, ha debilitado la visión holística, de conjunto, de la enfermedad, el enfermo y sus circunstancias, y ha provocado una hipermedicalización de la sociedad y unas políticas sanitarias muy onerosas.

EL MODELO PSICOLÓGICO:

En Psiquiatría siempre ha habido tendencias psicologicistas y morales. El modelo psicológico actual deriva en gran medida de las teorías de Sigmund Freud (1856-1939), fundador del modelo psicoanalítico. Freud pensaba que las "neurosis" estaban producidas por la represión de traumas psíquicos que permanecían sin resolver a nivel inconsciente y que por medio de técnicas psicoanalíticas podían ser hechos conscientes, analizados lógicamente y resueltos.

El psicoanálisis no fue bien recibido en la Psiquiatría europea de su época que le reprochaba ser poco científico. Fue mejor recibido en los Estados Unidos, donde tuvo una gran expansión en la primera mitad del siglo XX.

El psicoanálisis acabó teniendo más influencia en la cultura, literatura, arte, educación, e ideología de su época que en la propia Psiquiatría.

El omnipresente mundo de la publicidad y propaganda modernas debe mucho al psicoanálisis. Se atribuye la paternidad de las técnicas de publicidad y propaganda modernas a un sobrino de

Freud: Edward Bernays, que las desarrolló en Nueva York a comienzos del siglo XX inspirado por las teorías de su tío Sigmund.

Bernays observó que, dirigiendo los mensajes publicitarios a los niveles afectivos, instintivos e inconscientes de la persona, era capaz de neutralizar la capacidad racional y crítica y de obtener grandes éxitos en sus campañas publicitarias y propagandísticas. Un resumen de la influencia de Bernays en el mundo actual se puede ver en el documental de la BBC "The Century of the Self" (El siglo del yo).

El discípulo más creativo de Freud: Carl Gustav Jung acabó rechazando parte de las teorías freudianas, especialmente el énfasis en los traumas sexuales y en el inconsciente individual. Defendió la existencia de un inconsciente colectivo, además del individual. Describió los arquetipos. Inventó un modelo de personalidad basado en las siguientes funciones: introversión, extroversión, lógica, afecto, sensopercepción e intuición. Y adoptó un punto de vista más holista sobre el ser humano al que ubicaba en un contexto cultural y espiritual.

Actualmente se cree que hay más de 400 modelos psicoterapéuticos. Probablemente el modelo más utilizado es el cognitivo conductual, que es un modelo práctico que como su nombre indica evalúa e intenta modificar los aspectos desadaptativos cognitivos y conductuales del paciente.

EL MODELO SOCIAL:

Este modelo atribuye la enfermedad mental a las influencias sociales, a la alineación que provoca la sociedad, la familia y la propia medicina. En los años 60 del siglo XX hubo un auge de la llamada "antipsiquiatría" que proponía las ideas mencionadas.

A partir de los años 60 se ha visto un aumento de patología psiquiátrica sobre todo de tipo ansioso-depresivo, y por abuso de alcohol y drogas, que podría estar influenciado por los cambios sociales y económicos acontecidos estas décadas.

Este aparente aumento de psicopatologías también podría estar influenciado por un modelo de medicina puesto al servicio de un modelo social de bienestar que conceptualiza la enfermedad como una injusticia social merecedora de reparación económica.

Modelo Social (Folk).

Podemos definir la Psiquiatría Folclórica como el cuerpo de ideas, creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos o afines y a su tratamiento, mantenidos por tradición popular, aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio que se presentan. Dos conceptos caracterizan esta definición:

- Se trata de creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos basadas en la tradición popular, y
- Se desarrollan en un medio cultural opuesto a ellas.

La Psiquiatría Folclórica no es sino un aspecto de la Medicina Folclórica. Sus fundamentos se hallan en las culturas aborígenes suprimidas por la conquista, pero que han dejado importantes huellas.

En filosofía de la mente, ciencia cognitiva, psicología del desarrollo y otras disciplinas hay un grado de consenso notable: la comprensión interpersonal se logra mediante una 'psicología popular' (Folk Psychology) o 'de sentido común' (Common Sense Psychology). Ambos términos se usan en forma intercambiable para indicar que involucran una capacidad intuitiva, cotidiana, que adquirimos independientemente de lo que el teorizar científico pueda decirnos acerca de la mente y el comportamiento. El término 'psicología' indica que es una comprensión de estados mentales, no observables, involucrando el despliegue de conceptos psicológicos.

De acuerdo con el funcionalismo la psicología popular es la teoría que da a los estados mentales comunes su significado. La psicología popular es la teoría empírica que se supone explica "la regularidad entre estímulos y respuestas" que se encuentran en el comportamiento humano.

La psicología popular o psicología del [sentido común](#) es la [teoría](#) implícita que el común de las personas usa para explicar la [conducta](#) de sus semejantes. En este grupo de [creencias](#) se incluyen todas aquellas que la gente usa durante su vida diaria, pero que no pueden ser comprobadas [experimentalmente](#).

Ejemplos de psicología popular es el intento de las personas de explicar la conducta acudiendo a [conceptos](#) como creencias o deseos -algunos añadirían todos los demás [conceptos mentalistas](#)-. Los [filósofos de la mente](#) no están completamente de acuerdo si estos [conceptos](#) existen más allá de su aparente utilidad en las condiciones sociales normales.

2) El diagnóstico de las enfermedades mentales

- Criterios de diagnóstico
- Validez y fiabilidad del diagnóstico
- El diagnóstico psicopatológico según las escuelas psiquiátricas

El diagnóstico es el proceso de identificar una enfermedad por sus signos y síntomas, pero también es la decisión a la que se llega en este proceso. En general, hay dos modelos diferentes que permiten hacer el diagnóstico de cualquier enfermedad, a saber:

Sintomático: se diagnostica la enfermedad con base en los síntomas.

Etiológico: se hace el diagnóstico basado en la causa de la enfermedad.

Llegar a un diagnóstico etiológico sólo es posible en aquellas condiciones en que se establece de manera inequívoca la relación entre una causa y un efecto, como ocurre con las enfermedades infecciosas o las cromosómicas, por citar dos ejemplos.

En el caso de los trastornos mentales, sólo en algunos casos es posible establecer esa relación. Así, por ejemplo, eso es factible en los pacientes con trastorno por estrés postraumático o en el deterioro cognitivo grave por HIV o debido a enfermedad de Alzheimer.

De modo que la mayor parte del diagnóstico de los trastornos mentales se realiza con base en los síntomas que el paciente presenta, ya que se acepta que la etiología de los trastornos mentales es "biopsicosocial", por lo que están involucrados factores biológicos, psicológicos y sociales: genes y ambiente. Ahora, más que "natura versus nurtura" (naturaleza versus crianza) se habla de "natura + nurtura" (naturaleza + crianza), esto implica que el material genético per se no es suficiente para producir un trastorno mental, pero tampoco el ambiente determina su presencia.

Ante esta situación, llegar a una decisión (diagnóstico) cuando se evalúa a un paciente que sufre un trastorno mental, conlleva aplicar una serie de reglas previamente establecidas por consenso. Tales reglas se establecen en los sistemas de clasificación diagnóstica, subrayando el plural de "sistemas", pues al no contar con un sistema de clasificación etiológico, es posible que ocurra la coexistencia de varios sistemas para la clasificación de los trastornos mentales. Pichot mencionó el ejemplo del jardinero que agrupa sus plantas de acuerdo con alguna característica útil para su trabajo (tamaño, color, etc.); esa clasificación es artificial y su valor predictivo es limitado. Una clasificación es válida cuando predice el máximo posible de hechos y, por esta razón, en cualquier campo de la ciencia sólo hay una clasificación válida, que en lo referente a los trastornos mentales sería aquella sustentada en la causa de estos trastornos. Los problemas de salud mental incluyen cambios en el pensamiento, el estado de ánimo o de comportamiento. Cuando los cambios son graves, se llaman enfermedades mentales.

Incluye un cambio abanico de trastornos:

- **Esquizofrenia**
- **Trastornos de ansiedad**
- **Depresión**
- **Trastornos de la conducta alimentaria**
- **Demencia.**

Las enfermedades mentales:

- **Son alteraciones de los procesos del conocimiento y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales.**
- **Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.**

Problemas de adaptación al entorno debida a un trastorno del funcionamiento del cerebro.

- **Se pueden ver alterados el pensamiento, sentimientos, percepción o conducta.**
- **Multicausalidad: genética, lesiones, factores ambientales.**
- **Manifestaciones: presentan desajuste social.**
- **No reconocimiento de la realidad**
- **Comportamientos infrecuentes.**
- **Conductas desviadas, indeseables.**

Las enfermedades mentales graves se caracterizan por su permanencia en el tiempo.

Para determinar un diagnóstico y revisar las complicaciones relacionadas, es posible que realicen lo siguiente:

- **Una exploración física: el médico intenta descartar los problemas físicos que podrían causar los síntomas.**
- **Análisis de laboratorio: pueden incluir, por ejemplo, un control de la función tiroidea y análisis para la detección de alcohol y drogas.**
- **Una evaluación psicológica: el médico o el profesional de la salud mental hablara sobre los síntomas, pensamientos y patrones de conducta.**

Es posible que se pida completar un cuestionario para ayudar a responder estas preguntas.

A veces, es difícil descubrir que enfermedad mental puede estar provocando los síntomas. Sin embargo, dedicar el tiempo y el esfuerzo necesarios para tener un diagnóstico preciso ayudará a determinar el tratamiento adecuado.

Los síntomas que definen cada enfermedad están detallados en el D.S.M. 5. Los profesionales de salud mental utilizan este manual para diagnosticar trastornos mentales.

Clases de enfermedades mentales

Las principales clases de enfermedades mentales son las siguientes:

- **Trastornos del neurodesarrollo.** Esta clase abarca una amplia variedad de problemas que, por lo general, comienzan en la infancia, antes de que el niño empiece la escuela primaria. Algunos ejemplos son el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos del aprendizaje.
- **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** Los trastornos psicóticos provocan desconexión de la realidad; por ejemplo, delirios, alucinaciones, y pensamiento y habla desorganizados. El ejemplo más notable es la esquizofrenia, aunque también existen otras clases de trastornos que, en ocasiones, pueden asociarse con la desconexión de la realidad.
- **Trastorno bipolar y trastornos relacionados.** Esta clase comprende trastornos con episodios alternos de manía (períodos de actividad, energía y excitación excesivas) y depresión.
- **Trastornos depresivos.** Comprenden trastornos que afectan la manera en que una persona se siente emocionalmente, como el nivel de tristeza y felicidad, y pueden alterar la capacidad para desenvolverse. Algunos ejemplos son el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual.
- **Trastornos de ansiedad.** La ansiedad es una emoción que se caracteriza por la previsión de situaciones de peligro o desgracias en el futuro, junto con una preocupación excesiva. Estos trastornos pueden comprender comportamientos dirigidos a evitar las situaciones que provocan ansiedad. En esta clase, se incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias.
- **Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.** Estos trastornos se caracterizan por preocupaciones u obsesiones, y pensamientos y acciones reiterados. Los ejemplos comprenden el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de acumulación compulsiva y el trastorno de arrancarse el pelo (tricotilomanía).
- **Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.** Son trastornos de adaptación en los que una persona tiene problemas para hacer frente a una situación durante un suceso estresante de la vida o después de él. Algunos ejemplos son el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo.
- **Trastornos disociativos.** Son trastornos en los que se distorsiona el sentido de identidad, como en el trastorno de identidad y la amnesia disociativos.
- **Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.** Una persona que tiene uno de estos trastornos

puede padecer síntomas físicos sin causa médica aparente, pero los trastornos están asociados con niveles de angustia y deterioro considerables. Comprenden el trastorno de síntomas somáticos (antes conocido como «hipocondría») y el trastorno facticio.

- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Estos trastornos comprenden alteraciones relacionadas con la alimentación, como la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones.
- Trastornos de la excreción. Estos trastornos están relacionados con la eliminación inadecuada de la orina o las heces por accidente o a propósito. Un ejemplo de este tipo de trastornos es mojar la cama (enuresis).
- Trastornos del sueño/vigilia. Estos trastornos del sueño son suficientemente graves como para requerir atención clínica. Entre ellos, se encuentran el insomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas.
- Disfunciones sexuales. Comprenden trastornos relacionados con la respuesta sexual, como la eyaculación precoz y el trastorno orgásmico femenino.
- Disforia de género. Se refiere a la angustia que acompaña al deseo manifiesto de una persona de ser de otro género.
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta. Estos trastornos comprenden problemas con el autocontrol emocional y conductual, como la cleptomanía o el trastorno explosivo intermitente.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Comprenden problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas. En esta clase, también se incluye la ludopatía.
- Trastornos neurocognitivos. Los trastornos neurocognitivos afectan la capacidad de una persona para pensar y razonar. Estos problemas cognitivos adquiridos (no del desarrollo) comprenden el delirio, además de trastornos neurocognitivos debido a afecciones o enfermedades tales como una lesión cerebral traumática o la enfermedad de Alzheimer.
- Trastornos de la personalidad. Un trastorno de la personalidad implica un patrón prolongado de inestabilidad emocional y comportamientos poco saludables que provoca problemas en la vida y en las relaciones. Algunos ejemplos son el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad narcisista.
- Trastornos parafílicos. Estos trastornos comprenden el interés sexual que provoca angustia o deterioro personal, o que ocasiona daños potenciales o reales a otra persona.

Algunos ejemplos son el trastorno de sadismo sexual, el trastorno de voyerismo y el trastorno de pedofilia.

- Otros trastornos mentales. Esta clase comprende los trastornos mentales que se deben a otras enfermedades o que no cumplen con todos los criterios para encuadrarse dentro de alguno de los trastornos antes mencionados.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

Los psiquiatras clasifican las enfermedades y trastornos mentales en función de una serie de criterios. Este sistema permite que se puedan comparar los diagnósticos y se pueda proporcionar a los pacientes un nombre o una etiqueta, que si bien a veces puede comportar cierto estigma si se utiliza mal, bien utilizado es un sistema de control de calidad. El paciente puede contrastar con otro profesional si el diagnóstico que se ha hecho es el correcto y si el tratamiento está bien. Los psiquiatras tienen un sistema de criterios diagnósticos que utilizan y que permite aumentar la fiabilidad del diagnóstico, este sistema se llama actualmente DSM-5, y por consenso entre profesionales de todo el mundo especialmente en EEUU se han verificado los criterios para el diagnóstico de forma que cualquier paciente que vaya a ver a un profesional, sabe que evaluará una serie de criterios y decidirá en función de la historia clínica y la información disponible que tipo de patología, si existe, padece el paciente y cual sería el tratamiento más adecuado.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS -

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS:

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, sólo se presentan las definiciones de los principales trastornos psiquiátricos según el **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO**

DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), cuya característica

más destacada es su multiaxialidad o división en diferentes ejes. Para ampliar información se remite a dicho manual y al de la OMS (CIE) disponibles.

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

- ✚ Eje I Trastornos clínicos y Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- ✚ Eje II Trastornos de la personalidad Retraso mental
- ✚ Eje III Enfermedades médicas
- ✚ Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- ✚ Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

Además de las clasificaciones DSM y CIE, una clasificación más amplia divide los trastornos mentales en psicóticos, neuróticos, funcionales y orgánicos

- **Psicóticos.** Pérdida del juicio de realidad con ideas delirantes y alucinaciones, por ej. Esquizofrenia.
- **Neuróticos.** No hay pérdida del juicio de realidad. Se originan principalmente en conflictos intrapsíquicos que causan ansiedad, por ej. trastorno fóbico.
- **Funcionales.** No hay daño estructural conocido ni factor etiológico definido que expliquen la alteración, por ej. trastorno de personalidad múltiple.
- **Orgánicos.** Enfermedad causada por un agente específico que provoca daño estructural, generalmente asociados con deterioro cognitivo, por ej. enfermedad de Pick.

CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS:

Las categorías principales de trastornos mentales definidas y clasificadas en el DSM son las siguientes:

A- Trastornos manifestados generalmente en la infancia, niñez y adolescencia

1. Retraso mental. Funcionamiento intelectual anormal que comienza durante el periodo de desarrollo y se asocia con déficit madurativo, del aprendizaje y de la adaptación social. Se clasifica como leve (50 a 70), moderado (35-55) y profundo (inferior a 20-25).

2. Trastornos profundos del desarrollo. Caracterizados por conducta autista, atípica, retraimiento, inmadurez, desarrollo inadecuado e incapacidad de lograr una identidad independiente de la madre.

3. Trastornos específicos del desarrollo. Déficits madurativos del desarrollo asociados con dificultad para adquirir determinadas aptitudes en áreas académica, del lenguaje o de la motricidad.

4. Trastornos de conducta destructiva. Falta de atención, hiperagresividad, delincuencia, destructividad, hostilidad, sentimientos de rechazo, negativismo o impulsividad. Se dividen en trastorno de hiperactividad con déficit de atención, trastorno de comportamiento y trastorno de desafío-oposición.

5. Trastornos por ansiedad de la niñez o adolescencia. Ansiedad crónica, miedos irreales, respuestas autonómicas hipersensibles o miedo de abandonar el hogar. Los pacientes suelen ser inmaduros, inhibidos, tímidos, buscadores de aprobación y aprensivos ante situaciones y lugares nuevos. Se dividen en trastorno por ansiedad de separación, trastorno evitativo de la niñez o adolescencia y trastorno por ansiedad excesiva

6. Trastornos alimentarios

7. Trastornos de la identidad sexual

8. Tics

9. Trastornos evacuatorios

B. Trastornos mentales orgánicos (TMO). Trastornos caracterizados por cambios funcionales del cerebro, que determinan deterioro de las funciones de aprendizaje, de orientación, de juicio e intelectuales. Se incluyen los distintos tipos de demencia y todos aquellos trastornos mentales originados por una enfermedad médica primaria (neoplasias, alteraciones hormonales, metabólicas, etc.)

C. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Dependencia o abuso de cualquier sustancia psicoactiva (alcohol, nicotina, cocaína, cannabis...)

D. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Comprende trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento, de los afectos y de la conducta.

E. Trastornos del estado de ánimo. Caracterizados por un trastorno afectivo que domina la vida mental del paciente y deteriora su funcionamiento.

Trastorno bipolar. Se caracteriza por fluctuaciones marcadas entre la depresión y la euforia, con remisiones y recurrencias; ciclotimia – tipo menos severo de trastorno bipolar.

Depresión mayor – estado de ánimo gravemente deprimido, retardo del funcionamiento mental y motor, aprensión, desasosiego, perplejidad, agitación, sentimientos de culpa, ideación suicida; con mucha frecuencia es recurrente.

Distimia – Forma menos severa de depresión en la que suelen influir circunstancias ambientales o factores de personalidad.

F. Trastornos por ansiedad (neurosis de ansiedad y neurosis fóbica). Caracterizados por ansiedad masiva (trastorno de ansiedad generalizada), crisis de angustia recurrentes (trastorno de angustia) miedo y evitación a espacios abiertos (agorafobia); miedo a situaciones u objetos específicos (fobia simple) o a hablar en público y enfrentarse a situaciones sociales (fobia social); irrupciones involuntarias y persistentes de pensamientos, deseos, impulsos o acciones (trastorno obsesivo-compulsivo); **trastornos por estrés postraumático** – se produce después de un estrés existencial extraordinario y se caracteriza por ansiedad, reexperimentación del suceso traumático y en ocasiones depresión.

G. Trastornos somatoformes. Caracterizados por preocupación por el cuerpo y miedo a enfermedades. Se clasifican en

trastorno por somatización – múltiples síntomas somáticos sin patología orgánica;

trastorno de conversión (neurosis histérica, tipo conversión) – trastorno con afectación de determinados sentidos o del sistema nervioso, que provoca ceguera, sordera, parálisis, ataxias...; los pacientes muestran a menudo una inapropiada indiferencia y pueden obtener un beneficio secundario de sus acciones.

Hipocondría (neurosis hipocondríaca) – caracterizada por preocupación por el cuerpo y miedo persistente a presuntas enfermedades; trastorno por dolor somatoforme.

H. Trastornos disociativos

A continuación, se reflejan los criterios diagnósticos específicos de las principales entidades clínicas:

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de

interés o de la capacidad para el placer. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

- ♦ **disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).**
- ♦ **pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.**
- ♦ **insomnio o hipersomnia casi cada día.**
- ♦ **agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).**
- ♦ **fatiga o pérdida de energía casi cada día.**
- ♦ **sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).**
- ♦ **disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).**
- ♦ **pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.**

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIO PARA EL EPISODIO MANÍACO

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al

menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- ✚ autoestima exagerada o grandiosidad.
- ✚ disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
- ✚ más hablador de lo habitual o verborreico
- ✚ fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- ✚ distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
- ✚ aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
- ✚ implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

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

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

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO (296.2X)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: .0 Leve .1 Moderado .2 Grave sin síntomas psicóticos .3 Grave con síntomas psicóticos .4 En remisión parcial/en remisión total .9 No especificado.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE (296.3)**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.**
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.**
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.**

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: .0 Leve .1 Moderado .2 Grave sin síntomas psicóticos .3 Grave con síntomas psicóticos .4 En remisión parcial/en remisión total .9 No especificado.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO
DISTÍMICO (300.4)**

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.**
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:**
 - ♦ pérdida o aumento de apetito
 - ♦ insomnio o hipersomnia
 - ♦ falta de energía o fatiga
 - ♦ baja autoestima
 - ♦ dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - ♦ sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.**

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR I, EPISODIO MANÍACO ÚNICO (296.0X)

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente .1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos .2 Grave con síntomas psicóticos .8 En remisión parcial/en remisión total.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO CICLOTÍMICO (301.13)

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor , episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del

Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Subtipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Subtipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

(1) lenguaje desorganizado (2) comportamiento desorganizado (3) afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Subtipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al

menos dos de los siguientes síntomas:

(1) inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.

(2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).

(3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.

(4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

(5) ecolalia o ecopraxia.

Subtipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

<p align="center">CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DELIRANTE (297.1)</p>

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa
Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel
Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema
Tipo no especificado.

DEFINICIÓN DE LA CRISIS DE ANGUSTIA SEGÚN EL DSM

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

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

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA (300.21)

A. Se cumplen (1) y (2):

- 1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.**
- 2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:**

- a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis;
- b) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»);
- c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia, es decir, ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las cuales se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastornos de ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan durante más de 6 meses

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes

(algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

- 1) Fatigabilidad fácil.
- 2) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- 3) Irritabilidad.
- 4) Tensión muscular.

5) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA (300.22)

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor a desarrollar síntomas

similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

Agorafobia: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las cuales se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FOBIA SOCIAL

(TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL) (300.23)

A. Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro somático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FOBIA ESPECÍFICA
(300.29)**

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o

situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro somático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., como el miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

<p>CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (309.81)</p>

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es Re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás .

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no esperar obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de un aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes.

E. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**CRITERIOS DSM PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA
NERVIOSA
(307.1)**

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DSM DE BULIMIA
NERVIOSA
[307.51]**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso**

- **Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.**

<p style="text-align: center;">CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES PARA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD</p>

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

(1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

(2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) actividad interpersonal

(4) control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

E. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
PARANOIDE DE LA
PERSONALIDAD (301.0)**

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.

(2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.

(3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

(4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.

(5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios

(6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.

(7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
ESQUIZOIDE DE
LA PERSONALIDAD [301.20]**

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia

(2) escoge casi siempre actividades solitarias.

(3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona

(4) disfruta con pocas o ninguna actividad.

(5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

(6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

(7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
ANTISOCIAL DE LA
PERSONALIDAD (301.7)**

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro

(4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

(6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

(7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE
DE LA
PERSONALIDAD (301.83).**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se

dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- (7) sentimientos crónicos de vacío.
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD (301.50)

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
- (2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
- (3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- (4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- (5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- (6) muestra auto dramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional

(7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.

(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA (301.6)

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

(2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales partes de su vida.

(3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realista.

(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)

(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros

trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. Cuando estos problemas son el objeto principal de atención clínica, deben codificarse en el Eje I. Por otro lado, si existen, pero no son objeto principal de la atención clínica, pueden codificarse en el Eje IV. La categoría relevante se aplica generalmente a todos los miembros de la unidad relacional que estén recibiendo tratamiento debido al problema.

.....

.....

ii) VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO:

Cuando discutimos sobre la validez y la fiabilidad del diagnóstico, en la Psicología del Comportamiento Anormal, las preguntas que nos hacemos podrían ser las siguientes:

¿Qué hace un Psicólogo o Psiquiatra para llegar a un diagnóstico?

- + Tiene en cuenta la descripción subjetiva del paciente sobre su problema.
- + Hace una entrevista estructurada formal
- + Utiliza un sistema de diagnóstico estandarizado.
- + Hace una observación del conocimiento del paciente.
- + Puede usar técnicas de escanografía cerebral.
- + Puede utilizar tests: -NMPI-Tesis de personalidad.
-Tests de inteligencia.
-Tests clínicos - Ansiedad y

Depresión.

¿Qué hace un Psicólogo o Psiquiatra para llegar a un diagnóstico?

- + Evalúa teniendo en cuenta descripción de síntomas
- + Afectivos - emociones.
- + Conductuales -comportamientos observables
- + Somáticos - síntomas físicos
- + Los problemas psicológicos son complejos y tienen aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.
- + Un diagnóstico se debe dar sólo si este interfiere con la vida del individuo.
- + Los problemas psicológicos tienen diferentes niveles de gravedad.
- + Al dar un diagnóstico hay que tener en cuenta la cultura de la que proviene el individuo ya que tiene una influencia en el desarrollo, experiencia y expresión de un trastorno psicológico.

Los manuales de clasificación que se utilizan para determinar un diagnóstico.

- + DSM

- ✚ Hace una lista de síntomas que el clínico puede utilizar para llegar a un diagnóstico categórico.
- ✚ Provee un modelo multiaxial de evaluación que busca ver al paciente de una forma integral.
- ✚ Se han ido incluyendo desórdenes ligados a la cultura.
- ✚ CIE
- ✚ Utiliza el término de desorden mental.
- ✚ Además de los síntomas, se refiere a las causas (etiología) de los desórdenes.

Los manuales de clasificación que se utilizan para determinar un diagnóstico.

- ✚ Clasificación china de desórdenes mentales.
- ✚ Además de los trastornos incluidos en el DSM y CIE e incluyen los trastornos ligados a la cultura.

Fortalezas y limitaciones que tienen los manuales:

✚ **Fortalezas.**

- Guían al clínico al hacer un diagnóstico.
 - Han ayudado a mejorar la confiabilidad de los diagnósticos.
 - Se actualizan con cierta frecuencia para buscar diagnósticos más acertados.
 - Las actualizaciones han hecho que las diferencias entre el DSM y el CIE se reduzcan.
 - Las actualizaciones han llevado a tener una mirada más holística del paciente con la inclusión de varios ejes en el DSM (Evaluación multiaxial) que refleja un modelo bio-psico-social:
- Eje I – Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
 Eje II – Trastornos de la personalidad y retardo mental
 Eje III – Enfermedades médicas
 Eje IV – Problemas psicosociales y ambientales
 Eje V – Evaluación de la actividad global.

Limitaciones:

- Los sistemas de diagnóstico no son perfectos y el diagnóstico puede ser influenciado por las actitudes y prejuicios de los clínicos.
- Son descriptivos y no identifican posibles causas.
- No incluyen signos físicos de los desórdenes mentales.
- Un mismo síntoma se encuentra en varios desórdenes mentales.
- Tienen un enfoque médico y categórico.
- Tienen sesgos culturales.
- Exacerba el problema de la rotulación que puede llevar a la estigmatización.
- Las categorías son descriptivas y no explican los problemas.

¿Qué significa que un diagnóstico sea confiable?

-Diferentes clínicos llegan al mismo diagnóstico de un mismo paciente cuando utilizan el mismo sistema de diagnóstico –
Confiabilidad entre evaluadores

-Se mejora cuando se usa un mismo sistema de entrevista.

-El uso de manuales diagnósticos ha llevado a mejorar la confiabilidad.

-Confiabilidad test-retest – Un mismo clínico da el mismo diagnóstico a una misma persona si la evalúa en momentos diferentes.

¿Qué significa que un diagnóstico sea válido?

-Cuando el diagnóstico es acertado.

-Se hace un diagnóstico que lleve a un tratamiento eficaz y poder hacer un pronóstico (validez predictiva).

-La validez presupone la fiabilidad.

-Es difícil lograr validez porque no es posible observar signos físicos objetivos.

La fiabilidad y validez son cualidades esenciales que deben de tener todas las pruebas e instrumentos de carácter científico para la recogida de datos.

Si el instrumento o los instrumentos reúnen estos dos requisitos habrá garantías de los resultados del estudio.

La Fiabilidad:

Un instrumento es fiable cuando es estable, equivalente o muestra consistencia interna.

El instrumento debe medir con exactitud y certeza en diferentes ocasiones lo que se dice que mide.

Una prueba alcanza un elevado coeficiente de fiabilidad si los errores de medida quedan reducidos al mínimo.

Tipos de Fiabilidad:

a- **Repetición de la prueba o test- retest:**

Consiste en la repetición de la prueba después de un período de tiempo.

El lapso debe de ser suficientemente largo para que los sujetos se olviden de lo que contestaron.

b- **Formas paralelas:**

Consiste en elaborar una prueba con preguntas que sea equivalentes. Esta técnica da lugar a un coeficiente de equivalencia al correlacionar las dos puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos del grupo en dos pruebas paralelas o equivalentes que puedan aplicarse una a continuación de la otra.

También se puede dejar entre una y otra, un determinado período de tiempo.

c- **División en Mitades:**

A través de esta técnica se divide el test en mitades. Se pretende obtener un coeficiente de consistencia interna mediante una correlación entre dos puntuaciones una por cada mitad, alcanzadas por cada uno de los sujetos del grupo.

LA VALIDEZ:

- ✚ Es una condición imprescindible, en general decimos que un test es válido si mide lo que dice medir, y características son:
- ✚ Precisar el grado en que los sujetos a quienes va destinada la prueba poseen el rasgo que dice medir.
- ✚ Estimar la estimación en que los sujetos se encuentran en un rasgo o característica exterior o la prueba. Tal estimación es en realidad una predicción.
- ✚ Determinar el grado en que una prueba mide cierto rasgo de construcción, es decir tratar de determinar que propiedad o propiedades puede explicar la varianza de la prueba.

Tipos de validez:

- ✚ Validez de contenido
- ✚ Validez predictiva
- ✚ Validez concurrente
- ✚ Validez de construcción
- ✚ Validez didáctica o permanente

Validez de contenido: hace referencia a la representatividad de los elementos de la prueba, es decir si los ítems son una muestra significativamente representativa respecto a la característica o variable objeto de medición.

Validez predictiva: se refiere a la eficacia de un test para predecir una realización correcta o pronóstico práctico.

En sentido estricto de pruebas con validez predictiva cuando permiten predecir con éxito comportamientos futuros o pasados.

Validez Concurrente: podemos predecir la situación del sujeto en una variable externa – criterio – en un momento próximo a de la utilización de la prueba. Es decir, consiste en verificar si los resultados de la prueba se correlacionan con otros instrumentos que probaron su validez y que median las mismas variables.

Validez de construcción : hace referencia a la naturaleza misma de lo que se mide. Identifica los valores o niveles que constituyen el objeto o variable.

Validez didáctica o permanente: se refiere al aspecto exterior de la prueba, el atractivo y el interés que despierta en aquellos a los que va a ser aplicada.

Debe cuidarse la forma de expresión, gráficos impresión, tipo de letra, etc.

La fiabilidad y la validez en los estudios cualitativos: este tipo de investigación ha adquirido una gran relevancia en la segunda mitad del siglo, dado que permite un acercamiento más global y comprensivo de la realidad.

LA FIABILIDAD:

✚ Es el grado en que las respuestas son independientes de las circunstancias y la validez, en la medida en que se interpreta de forma correcta.

✚ La validez implica siempre fiabilidad.

Fiabilidad quijotesca: un único método de observación da lugar de forma continuada a una medida invariable. La originan al convertir en rituales determinadas frases, muchos formalismos hechos o conductas.

Fiabilidad diacrónica: consiste en la estabilidad de una observación a través del tiempo que puede comprobarse al repetir las medidas, pero teniendo en cuenta que sólo tendrían utilidad en aspectos inalterables de un determinado período.

Fiabilidad sincrónica: implica la semejanza de las observaciones dentro del mismo periodo de tiempo. Raramente implica observaciones idénticas, si no el hecho de que sean consistentes, respecto a los rasgos relevantes.

.....

iii) EL DIAGNÓSTICO PSICOPATOLOGICO SEGÚN LAS ESCUELAS PSIQUIATRICAS:

Existe una gran cantidad de nombres para designar la disciplina a la que aquí haremos referencia con el término de psicopatología. Este es uno de ellos. Otros que también se utilizan, o que se han utilizado en diferentes momentos históricos, son «patopsicología», «psicología patológica» o «psicología anormal». Gran parte de estas denominaciones se deben a los distintos enfoques que contextualizan la investigación y las aplicaciones prácticas de la materia, con diferentes marcos de referencia teóricos, problemáticas y métodos.

La psicopatología tiene relación con la psicología, pero también con la medicina, en particular con la psiquiatría, si bien esta tiene una vertiente de aplicación fundamentalmente práctica, mientras que aquella se ocupa del establecimiento de los principios y leyes generales que regulan el comportamiento anormal. Una diferencia semejante existe entre psicopatología y psicología clínica.

La expresión «psicopatología» ha sido utilizada tradicionalmente y desde diferentes enfoques, tanto biomédicos como psicológicos, pero en determinados ámbitos psicológicos (fundamentalmente

estadounidenses e ingleses) ha tenido mayor difusión la denominación de «psicología anormal», remarcando una perspectiva fundamentalmente psicológica para la disciplina. El término «psicología patológica» da a entender que se ocupa de la influencia de los estados o condiciones patológicos (sea cual fuere su origen) sobre los procesos psíquicos; psicopatología, en cambio, sugiere el estudio de la influencia de las variables psicológicas sobre la enfermedad. En cualquier caso, se suelen utilizar psicopatología y psicología patológica como sinónimos, englobando tanto los estudios que tratan de la influencia de variables psicológicas sobre la enfermedad como los que se ocupan de la influencia de las condiciones patológicas sobre los procesos psíquicos.

Psicopatología descriptiva: las tesis degeneracionistas y organicistas

Durante el siglo XIX hubo tres focos principales de crecimiento de la psicopatología: Francia, Alemania e Inglaterra. Las principales aportaciones de la escuela francesa quedan recogidas en el tratado *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, de Jean Esquirol (1772-1840). Esquirol fue discípulo de Pinel y codirector de la Salpêtrière desde 1811. Destacó por sus críticas a las tendencias filosóficas de la psicopatología, intentando promover como alternativa la observación rigurosa de los hechos y su cuantificación. Esquirol se interesó más en la descripción y la clasificación de los trastornos mentales que en la indagación de su patogenia y su etiología.

Otras figuras importantes de la escuela francesa de psicopatología durante el siglo XIX fueron Magnan, Morel y Charcot. Jean Martin Charcot (1825-1893) destacó por sus estudios sobre las neurosis y su interés en el uso terapéutico de la hipnosis. Bénédict Morel (1809-1873) estuvo muy interesado en el estudio del papel que desempeña la herencia en los trastornos mentales, trabajando en la elaboración de una nosología fundamentada en la etiología de los trastornos y proponiendo su teoría de la degeneración. Sus trabajos serían continuados por Magnan (1835-1916), quien establecería una cierta confrontación con la nosología propuesta por Kraepelin desde la escuela alemana. Según la teoría de la degeneración, expuesta por Morel en su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, las enfermedades mentales serían el resultado de una degeneración genética que provocaría desde las neurosis, pasando por las psicosis, hasta la deficiencia mental; además, esta tendencia a la degeneración sería hereditaria, agravándose progresivamente.

La escuela psicopatológica alemana irá evolucionando durante el siglo XIX para abandonar un inicial dualismo en la concepción de la enfermedad mental y decantarse progresivamente a favor de un enfoque somaticista. Desde una vertiente académica, Wilhelm Griesinger (1817-1868) representa con fidelidad esta corriente. En 1845 Griesinger publicó su *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, en el que se resta importancia a los determinantes culturales de los trastornos mentales, afirmando que son trastornos del cerebro. Su influencia ha llegado hasta la actualidad, entre otras vías, a través de su discípulo Kraepelin. En la escuela inglesa desarrollaron su trabajo autores como Maudsley (1835-1918), quien aceptaría y profundizaría en las ideas de Morel sobre la degeneración, y Jackson (1834-1911), que elaboraría una versión neurobiológica de las mismas ideas.

La escuela francesa, con sus tesis degeneracionistas compartidas por la escuela inglesa, y la escuela alemana, con su marcado organicismo, coincidirían en el siglo XIX para dar a la psicopatología un carácter estrechamente relacionado con la biología. El contexto de la época favorecía esa inclinación, puesto que aparecían continuamente datos anatomopatológicos relacionados con alteraciones en el funcionamiento psicológico: los descubrimientos de Broca y Wernicke sobre las afasias, de Korsakov sobre la amnesia, de Alzheimer y Pick sobre las demencias, son ejemplos de ello. Esta tendencia se vio también favorecida por el descubrimiento de que una enfermedad como la sífilis, con manifestaciones psicopatológicas graves, se debía exclusivamente a la acción de un bacilo. Pero este enfoque biológico emergente no se basaba tanto en la experimentación y la investigación clínica como en un cierto deseo de homologación con la medicina.

En este contexto comienza a desarrollar su trabajo Emil Kraepelin (1856-1926). Su influencia en la actualidad es de tal magnitud que en ocasiones se ha descrito el pensamiento psicopatológico de nuestros días como neokraepeliniano. Durante su formación Kraepelin tuvo la fortuna de aprender con algunos de los investigadores más importantes de su tiempo: Griesinger, Helmholtz y Wundt. Su principal dedicación estuvo centrada en la creación de un sistema nosológico sólido y coherente. Para ello, emulando a Esquirol, evitó planteamientos referentes a las causas y los mecanismos que determinan los trastornos mentales; adoptó un enfoque ateorico centrándose exclusivamente en la descripción precisa de las categorías diagnósticas.

Su tratado de psiquiatría expone en sucesivas ediciones (publicadas entre 1883 y 1927) el desarrollo de las aportaciones que iba realizando. Ejemplos de estas aportaciones son el concepto dicotómico de las psicosis, entre las que distinguía la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva, y sus ideas sobre los delirios crónicos, la paranoia y las parafrenias. Ante la dificultad para establecer la etiología y la patogenia de la mayoría de las enfermedades mentales, Kraepelin optó por clasificarlas a partir de su presentación clínica y su curso. De esa manera, los dos grandes grupos de psicosis se diferenciarían por la pérdida progresiva de las facultades mentales que se observaba en la demencia precoz y por la aparición de los síntomas en forma de ciclos que caracterizaría, en cambio, a la psicosis maníaco-depresiva, con períodos de silencio y aparente curación. Posteriormente añadió la categoría correspondiente a la psicosis delirante crónica que, a diferencia de la demencia precoz, no evolucionaría irremediabilmente hacia un deterioro progresivo.

La dicotomía kraepeliniana entre psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz era básicamente platónica, tipológica. Kraepelin creía que la tarea fundamental de la psiquiatría era descubrir las enfermedades esenciales y sus formas básicas a través de la expresión sintomatológica de los pacientes (Dubrovsky, 1993). Aunque esta manera de ver las cosas se ha mantenido hasta nuestros días, como es puesto de manifiesto en los sistemas clasificatorios, no han faltado propuestas alternativas basadas en la dificultad para confirmar clínicamente la dicotomía propuesta (Crow, 1990; Kendell, 1975; Sheldrick et al., 1977; Wechsler, 1992). De hecho, las dificultades para distinguir de manera fiable entre la enfermedad maníaco-depresiva y la demencia precoz no eran ajenas al propio Kraepelin, quien escribía en 1920:

Ningún psiquiatra experimentado negaría que existe un gran número de casos en los que parece imposible diagnosticar con claridad una u otra (...). Cada vez parece más evidente que no es posible distinguir claramente estas dos enfermedades, lo que nos hace sospechar que nuestra formulación del problema puede ser incorrecta. (Citado en Crow, 1990)

Psicología, psicopatología experimental y fenomenología

Figuras como Kraepelin y otras como Wundt y Pavlov muestran que los orígenes de la psicología y de la psicopatología científica son comunes. Ambas comenzaron su andadura en los mismos laboratorios, como el inaugurado por Kraepelin.

En los inicios de la psicología científica se produjo una cierta separación entre dos grandes líneas metodológicas: la tradición de Wundt-Pavlov y la de Galton-Spearman. La primera de ellas se basó casi exclusivamente en la utilización de técnicas bivariadas fundamentadas en la manipulación y el control de variables. El enfoque multivariado de Galton-Spearman, en cambio, estaba más interesado en las asociaciones entre variables que en las relaciones causales. La tradición de Galton-Spearman fue seguida inicialmente en mayor medida por los psicómetras que por los investigadores de laboratorio, y en ciertos momentos perdió contacto con el estudio de procesos básicos como el aprendizaje o la percepción que, se suponía, eran campos más apropiados para los métodos bivariados. Ambas líneas permanecieron en un cierto estado de equilibrio basado en el reconocimiento de áreas propias de investigación. A partir de la segunda mitad del siglo XX comenzó a extenderse la opinión de que esta divergencia era más aparente que real (por ejemplo, Cattell, 1966) y que la integración de las dos tradiciones no solo era recomendable y posible, sino necesaria. H.J. Eysenck ejemplificaría con precisión esta tendencia.

La psicopatología experimental nace casi al mismo tiempo que la psicología experimental, puesto que el mismo Pavlov (1849-1936) se interesó por la psicopatología a partir de sus estudios sobre discriminación realizados con perros. El fenómeno al que denominó «neurosis experimental» fue estudiado con profundidad durante varios años, e incluso llegó a adoptarse como un modelo animal válido para la neurosis humana. No obstante, Maher y Maher (1995) sitúan el origen de la psicopatología experimental en la figura de Kraepelin, quien trabajó en el laboratorio de Wundt en Leipzig durante nueve años y volvió después a Heidelberg para crear su propio laboratorio. Entre los estudiantes que pasaron por su laboratorio se encontraban William H. Rivers y August Hoch, quienes fundaron después laboratorios en Inglaterra y en Estados Unidos. Kraepelin estudió experimentalmente la fatiga, el movimiento motor, la emoción, los procesos asociativos y la memoria; también realizó estudios psicofarmacológicos observando los efectos mentales de sustancias como el alcohol, el paraldehído, el bromuro de sodio o la cafeína.

En la misma Alemania de Wundt y Kraepelin se encontraban otros autores decisivos para la configuración de la psicopatología de nuestros días, entre ellos los fenomenólogos Jaspers y Schneider. Jaspers (1883-1969) pretendió, con su método introspectivo fenomenológico, no solo contribuir al desarrollo de la psicopatología, sino fundar una nueva manera de hacer psicología

basada en la observación y la comunicación de las vivencias. Jaspers diferenciaba claramente entre comprensión y explicación.

La comprensión permite aprehender las experiencias psíquicas anómalas derivadas de la propia biografía del paciente y, por lo tanto, con una etiología distanciada del soporte somático. La explicación, en cambio, permite abordar los trastornos causados por factores de diversa índole, incluyendo los de naturaleza somática. En la medida en que la fenomenología de Jaspers recuperaba estos conceptos filosóficos, se distanciaba de la psicología, cada vez más cercana al método científico y experimental. Este enfoque acabó reduciendo el éxito en clínica más a la sagacidad del profesional que a los conocimientos objetivos, con lo que la práctica clínica y la investigación básica quedaban disociadas.

La aprehensión de los fenómenos anormales dependía más de la intuición que del conocimiento, aunque no se definían los criterios de esa intuición. En cierta medida, esta dualidad de enfoques se mantiene en la actualidad. La metódica de la investigación básica psicopatológica se diferencia muy poco de la metódica científica que se aplica al estudio de los procesos psicológicos normales. La metódica de la práctica clínica, en cambio, procura evitar, en la medida de lo posible, modelos y factores etiológicos (al menos explícitamente), y se interesa más por la depuración de las técnicas y procedimientos de evaluación e intervención desde una perspectiva más cercana a las propuestas fenomenológicas.

Teorías evolucionistas

Desde corrientes de pensamiento más generales, otra línea de influencia importante sobre la configuración de la psicopatología actual estuvo dada por las teorías y doctrinas evolucionistas que proliferaban durante la segunda mitad del siglo XIX y los inicios del siglo XX. Tal como proponen Fernández y Gil (1990), hay que diferenciar evolucionismo de darwinismo. El evolucionismo es anterior al darwinismo, puesto que tiene su origen, más que en Darwin, en la filosofía natural alemana. Se sugiere ya en Kant y se expresa abiertamente con Goethe y Herder. Las teorías de Darwin darían, a partir de mediados de siglo (El origen de las especies sería publicado en 1858), un respaldo científico al evolucionismo, aunque algunas tesis evolucionistas como las recapitulacionistas nada tenían que ver con las teorías de Darwin. Algunas de esas doctrinas evolucionistas se basaban de forma axiomática en la noción de jerarquía.

El significado de los modelos estructurales jerárquicos es doble: espacial y temporal. Por un lado, hacen referencia a la

organización de un sistema en un momento dado, incluyendo las relaciones de multideterminación recíproca entre sus niveles (significado espacial). Así, por ejemplo, los cuerpos celestes se organizan en sistemas estelares, estos en galaxias, etcétera; las células se organizan en tejidos, los tejidos en órganos y los órganos en organismos. Por otro lado, el significado temporal de los modelos estructurales jerárquicos se refiere a la evolución de la estructura, es decir, a la sucesión de las diferentes etapas de adquisición de niveles. En diferentes campos científicos, las estructuras jerárquicas respectivas tienen sorprendentes similitudes, puesto que se parte de un estado inicial de homogeneidad que, progresivamente, irá sufriendo un proceso de diferenciación. Así, en cosmología se explica la evolución del universo como un proceso de diferenciación de cuerpos celestes a partir de una singularidad homogénea: el big bang. De manera similar, en biología se explica el desarrollo de un organismo como un proceso de división y diferenciación celular a partir de una célula inicial, y los modelos jerárquicos de la inteligencia postulan una inteligencia inicial programada genéticamente para diferenciarse progresivamente en aptitudes específicas a lo largo del desarrollo.

La idea de jerarquía se ha aplicado también al proceso evolutivo de las especies. Según tal noción, este proceso ha seguido un camino de progresivo perfeccionamiento hasta llegar al hombre (que se encontraría en la cúspide de la jerarquía evolutiva). Sin embargo, esta manera de ver las cosas no se corresponde con la forma en que Darwin entendía la evolución. Para él la evolución era esencialmente oportunista, dando lugar a diferentes formas de adaptación adecuadas al entorno presente en cada momento histórico, pero no ordenadas en virtud de ninguna clase de oscuro principio de perfección o progreso. En cambio, para Spencer la evolución sí respondía a ese principio teleológico metafísico.

En el campo de la psicopatología, la concepción de la evolución como progreso reafirmó la idea de que la enfermedad mental era el resultado de una degeneración. De hecho, los estudios epidemiológicos revelaban la existencia de coincidencia, en los mismos grupos de individuos, de diferentes signos de tal «degeneración», como la enfermedad o el retraso mental, la tuberculosis, el alcoholismo, la criminalidad, altas tasas de mortalidad infantil, pobreza y corta expectativa de vida, indicando que la naturaleza actuaba eliminando los individuos genéticamente inferiores. Se argumentaba también que el correlato en la personalidad de esta clase de inferioridad era un síndrome de deficiencia general del carácter, con rasgos como deshonestidad, incapacidad para esperar la gratificación,

promiscuidad sexual y holgazanería. En los individuos con este tipo de personalidad cabía esperar que tarde o temprano se manifestaran diferentes clases de trastorno mental.

Esta perspectiva se acompañaba de la idea de que las razas también podían ser clasificadas en función de su supuesto grado de progreso evolutivo, con lo que algunas (en particular la caucásica) se consideraban más avanzadas que otras tanto cultural como biológicamente. El hecho de que los individuos con determinados tipos de deficiencia mental (síndrome de Down) tuvieran rasgos morfológicos semejantes a los de razas diferentes a la caucásica se consideraba prueba de ello. Además de los idiotas mongólicos, Down (1866) distinguió también, a partir de sus rasgos morfológicos, entre los idiotas de la variedad etíope, los de tipo malasio y otros semejantes a los habitantes primitivos de América.

La interpretación spenceriana de la evolución tuvo un marco propicio para su desarrollo en la doctrina pseudocientífica de la recapitulación. La idea de la recapitulación surge en el contexto de la Naturphilosophie alemana, y esta a su vez es expresión del romanticismo alemán en el ámbito de las ciencias naturales. Las tesis recapitulacionistas eran evolucionistas, puesto que planteaban que el orden evolutivo existente entre las especies era recapitulado por el embrión a lo largo de su desarrollo. El desarrollo filogenético de las especies estaría representado en las formas que va adquiriendo el embrión a lo largo de su desarrollo ontogénico. Se establecía así una relación causal entre la filogénesis y la ontogénesis.

El máximo defensor y divulgador de las ideas recapitulacionistas fue el zoólogo Ernst Haeckel (1834-1919), quien se esforzaba por ver toda la realidad sometida a leyes únicas que dan cuenta de un desarrollo unitario aplicable a toda la diversidad de sus planos: individual, biológico, histórico, etcétera. De esta manera, Haeckel ampliaba la idea de la recapitulación a todos los momentos del desarrollo individual. El proceso completo del desarrollo del ser humano hasta llegar a la edad adulta pasaba a ser entendido como una continuación de la embriogénesis.

Las tesis recapitulacionistas buscaron ampliarse al campo psicológico apoyándose en explicaciones lamarckistas, puesto que la herencia de los caracteres adquiridos por los individuos (con base en el uso o desuso de los órganos) podía explicar cómo los avances culturales de la humanidad pasaban a formar parte de las fases del desarrollo individual. La unión teórica entre filogénesis y ontogénesis, entre biología y cultura, que tan armónica y

estéticamente era alcanzada por la síntesis de las tesis evolucionistas, recapitulacionistas y lamarckistas, era, en cambio, imposible si entraba en juego el darwinismo. La teoría darwinista de la selección natural solo admitía la herencia de los rasgos conductuales instintivos, pero excluía todo lo adquirido mediante el aprendizaje. Habría sido necesario considerar toda la actividad histórica humana como un producto de los instintos para que pudiera expresarse en la herencia e influir en la ontogénesis.

Los teóricos interesados en el establecimiento de clasificaciones jerárquicas entre las razas y los sexos encontraron en el recapitulacionismo terreno abonado para sus ideas. El mismo Spencer (1895) decía: «Los rasgos intelectuales del salvaje (...) son rasgos que se observan regularmente en los niños de los pueblos civilizados». Cope (1887), por su parte, escribía:

La madurez es en algunos aspectos más precoz en las regiones tropicales que en las nórdicas. Por consiguiente (...) en las regiones más cálidas de Europa y América se observa una mayor manifestación de ciertas cualidades que son más universales en las mujeres, como una mayor actividad de la naturaleza emocional que del juicio.

Se defendía (Cope, 1887) que las diferencias observables entre hombres y mujeres (mayor emotividad y dependencia de estas) eran debidas a que las mujeres alcanzaban un nivel de madurez inferior al de los hombres. Stanley Hall, por su parte, proponía que los individuos de razas inferiores son, desde el punto de vista psicológico, como los niños de raza blanca, y que las mujeres se encuentran en un estadio evolutivo inferior al de los hombres, como prueba su mayor frecuencia de suicidios, indicativa de que prefieren entregarse al poder de fuerzas elementales como la gravedad cuando se arrojan desde las alturas (Hall, 1904, p. 194). El psiquiatra británico Henry Maudsley también abrazó las tesis recapitulacionistas, proponiendo que cuando se da una condición de detención del desarrollo, como ocurre en la enfermedad mental, se manifiestan a veces instintos animales; así, un paciente puede enseñar los dientes, chillar y hacer ruidos igual que un mono (Maudsley, 1873, pp. 48-52). Además, Maudsley sugería que, si la locura es una inversión de la evolución, una disolución, entonces no solo podría heredarse el trastorno por la descendencia, sino la misma tendencia a la disolución, con lo cual habría una tendencia a la degeneración que aumentaría progresivamente en las generaciones siguientes.

La hipótesis de la degeneración contó en psicología con defensores tan relevantes como H.H. Goddard, estudioso de la

deficiencia mental e introductor de los tests de Binet en Estados Unidos. Goddard participó en el programa de selección y control de la inmigración masiva que tuvo lugar en Estados Unidos a principios del siglo XX. Aplicaba para ello pruebas de inteligencia, y es conocida la caracterización como débiles mentales que hacía de marginados, delincuentes e individuos de clases bajas, explicando su situación social por su escasa inteligencia (Gould, 1984). De manera similar, Gámbara escribía en España, en un manuscrito no fechado:

La antropología criminal, fundada por Lombroso (...), sanciona que el delincuente, con tal que no sea de ocasión, representa siempre las razas inferiores de la humanidad, a las que, por desgracia, pertenecen los deficientes.

La antropología criminal de Lombroso también surge en el contexto de las tesis degeneracionistas. Se basaba en la idea de que los criminales tienen una peculiar organización nerviosa, de tipo degenerativo, que debería poder identificarse a partir del estudio de su morfología corporal. Esto permitiría diferenciar a los criminales innatos, facilitando así la objetividad de las decisiones judiciales.

La aplicación de las técnicas desarrolladas para la medición de los rasgos morfológicos no se limitó al campo de la criminología, extendiéndose con rapidez a otros grupos de población marginados, como los enfermos mentales. Lombroso identificaba la criminalidad como una característica propia de especies inferiores y de los pueblos primitivos; observó que, como los delincuentes occidentales, los miembros de la tribu egipcia Dinka también acostumbraban a adornar sus cuerpos con tatuajes, tenían un alto umbral del dolor y su morfología facial era semejante a la de los monos (Andrés, 1989). Las tesis lombrosianas agrupaban en una misma categoría a los asesinos natos, los animales, las razas inferiores y los niños. Para Lombroso, en los niños podían observarse algunas características propias de los criminales, como las tendencias sádicas y la pasión por las bebidas alcohólicas (Lombroso, 1895, p. 56).

La teoría de la degeneración fue también utilizada durante la segunda mitad del siglo XIX para explicar, además de la locura o la criminalidad, la tendencia a la agitación política en las clases bajas. Se argumentaba que la revolución es promovida por individuos predispuestos genéticamente al alboroto. De esa manera, los miembros de clases bajas que promovían conflictos sociales eran calificados como incapaces de pensar racionalmente

y carentes de libre albedrío. Los problemas sociales se atribuían a desigualdades naturales entre razas y clases.

Dowbiggin (1985) sugiere que muchos médicos adoptaron las tesis degeneracionistas porque se encontraban en un ambiente en el que sufrían una extraordinaria presión por parte de la sociedad. Se tenía una baja consideración hacia quienes se ocupaban de la atención a las personas con enfermedades mentales, dado el escaso éxito que obtenían en sus tratamientos. Si bien Esquirol había considerado la predisposición hereditaria como una de las muchas causas posibles de la locura, entre las que citaba también factores ambientales igualmente importantes como los estilos de vida, el clima, etcétera, otros autores como Moreau se decantaban claramente por la transmisión hereditaria de la tendencia a la degeneración como causa principal. La patología mental podía ser, inicialmente, consecuencia de condiciones sociales o ambientales, pero una vez adquirida se transmitía como una degeneración hereditaria. No se heredaría una enfermedad determinada, sino una tendencia a la degeneración que podría expresarse en forma de diferentes enfermedades.

El origen de los problemas mentales, de la criminalidad y, en general, de cualquier tipo de desviación era atribuido a factores hereditarios. En este contexto, Sir Francis Galton dio el nombre de eugenesia a una disciplina que tendría como finalidad sustituir la selección natural por una selección social encaminada a evitar la degeneración de nuestra especie. Eran los primeros pasos del darwinismo social. Hubo notables defensores de la eugenesia desde que Galton formulara sus objetivos en 1883; entre ellos, ya entrado el siglo XX, se encontraron biólogos como Davenport y psicólogos como Burt y Terman. Para alcanzar sus fines la eugenesia precisaba la medición cuantitativa de los rasgos físicos y psicológicos, lo que hizo que simpatizaran con ella muchos psicólogos embarcados en la tarea de la construcción de tests mentales. Esta tradicional vinculación de los tests de inteligencia con la eugenesia hizo que aparecieran numerosas críticas ideológicas a aquellos, y muchas de ellas se mantienen en la actualidad.

En consonancia con la visión spenceriana de la evolución, Jackson (1955) propuso el concepto de «encefalización», con el que se asumía que las regiones nerviosas de aparición más reciente dominaban la actividad de las precedentes. Su idea principal era que la evolución del sistema nervioso central se había caracterizado por la adición sucesiva de estructuras; cada nueva estructura servía para inhibir selectivamente y, así, para

incrementar la selectividad de respuesta de las estructuras inferiores.

Las estructuras inferiores eran automáticas mientras que las superiores evidenciaban la participación cada vez mayor de la voluntad en el control del comportamiento. Cuando una estructura superior como la corteza era dañada, se desinhibía la función normal de la estructura inferior; se producía una regresión. Por lo tanto, el comportamiento controlado por centros nerviosos inferiores era, según Jackson (1955), resultado de la disolución de los centros superiores, y esta podía ser producida por causas como las lesiones cerebrales, la vejez o la enfermedad. Esta idea también establecía un cierto paralelismo entre los trastornos neurológicos, la enfermedad mental, la deficiencia mental, el comportamiento de los llamados pueblos primitivos, el de los criminales y el de los organismos inferiores en la escala evolutiva. Goddard (1919) escribía:

La inteligencia controla las emociones y las emociones están controladas según el grado de inteligencia que se tenga (...), cuando la inteligencia es pequeña, las emociones no están controladas (...) se traducirán en actos desordenados, descontrolados y generalmente delictivos.

Una versión más reciente de los supuestos jacksonianos es representada por McLean (1993), para quien es posible distinguir tres componentes evolutivos en el cerebro humano: la parte más antigua, ya presente en los reptiles, sobre la que se añadiría el cerebro límbico propio de los paleomamíferos y, finalmente, la corteza cerebral propia de los neomamíferos; a cada uno de estos tres componentes le corresponde funciones de control del comportamiento progresivamente superiores: automáticas, emocionales y cognitivas.

Como en Jackson, en McLean se encuentra el presupuesto implícito de que el proceso evolutivo de las especies ha sido unidireccional, con cambios sucesivos hacia el patrón humano, considerado como el más evolucionado. Este presupuesto (o los dos que conlleva, es decir, direccionalidad y superioridad) coincide con la visión que tenía Spencer de la evolución, pero es ajeno a la de Darwin, para quien la evolución ha seguido diferentes líneas que dan lugar a una gran diversidad de formas de vida, cada una de ellas adaptada de una manera concreta (pero ni mejor ni peor que otras) a su entorno (Mayr, 1991; Ruse, 1986; Armstrong, 1990; Dubrovsky, 1993). Tales ideas han influido considerablemente sobre la neurología, la psicología y la psicopatología desde entonces. Janet (1903), por ejemplo, explicó

la enfermedad mental como un fracaso en el control que las instancias superiores ejercen sobre las inferiores. Expresiones más recientes de esta forma de pensar corresponden a Ey (1969), para quien «ser demente, oligofrénico, esquizofrénico, maníaco, melancólico o neurótico es permanecer o regresar a un nivel inferior de organización de la vida psíquica».

Investigaciones fisiológicas realizadas por autores de gran prestigio como Hubel y Wiesel (1965, 1968) contribuyeron a asentar firmemente la idea de jerarquía para la comprensión del funcionamiento del sistema nervioso. No obstante, otros estudios como los de Zeki (1974), Goldman-Rakic (1984), y Zeki y Ship (1988) hacen pensar que, si bien el concepto de jerarquía hoy sigue siendo útil, este no debe referirse a una sola cadena jerárquica, sino a múltiples vías paralelas relacionadas con el procesamiento de distintos atributos del estímulo y que constan, cada una de ellas, de una cadena jerárquica diferenciada (Dubrovsky, 1988, 1993; Zeki, 1995).

El modelo resultante de organización del sistema nervioso pasa a ser el de un conjunto de subsistemas distribuidos de forma paralela. Cada área cortical tiene múltiples salidas; así, los resultados de las operaciones realizadas en una región determinada se transmiten a muchas otras áreas, sin que esto signifique que la misma operación sea transmitida a todas ellas, puesto que cualquier región puede emprender varias operaciones de manera simultánea, gracias al agrupamiento de las células con propiedades comunes (Goldman-Rakic, 1984), y distribuir los resultados respectivos a varias zonas corticales distintas (Zeki, 1974, 1995). Por lo tanto, los modelos jerárquicos secuenciales son sustituidos por modelos basados en los conceptos de paralelismo, segregación-especialización funcional, y multiplicidad de áreas en cada modalidad sensorial.

Enfoques y modelos

Para entender el comportamiento hace falta considerar al organismo biológico del cual es función, pero también es necesario ubicar tal organismo en su contexto físico y social. Esa consideración conjunta del organismo y de su ubicación en el entorno no puede hacerse más que reuniendo y consolidando fragmentos de información dispersos entre varios campos de investigación. Los filósofos de la ciencia han sido más propensos a la defensa de las reducciones («hacia abajo» o «hacia arriba») que de las integraciones. Una excepción notable es Bunge, para quien:

La integración de enfoques, datos, hipótesis, teorías, métodos y a veces campos enteros de investigación es necesaria por varios motivos. Primero, porque no hay nada salvo el Universo en su conjunto que esté totalmente aislado de todo lo demás. Segundo, porque toda propiedad está relacionada legalmente con otras propiedades. Tercero, porque toda cosa es un sistema o un componente de uno o más sistemas. Así como la variedad de la realidad exige una multitud de disciplinas, la integración de estas es requerida por la unidad de la realidad. (1988, p. 35)

Habitualmente se utiliza el término «modelo» para hacer referencia a una manera particular de ordenar o conceptualizar un área de estudio, dándole una acepción más amplia que al término «teoría», por cuanto esta se referiría a explicaciones más específicas de fenómenos particulares (Kazdin, 1983). De esta forma, un modelo abarcaría la definición de un objeto de estudio y la delimitación de un conjunto de métodos y procedimientos adecuados para abordarlo. Ejemplos de este tipo serían las diferentes escuelas de pensamiento que a lo largo de la historia se han conformado alrededor de algún personaje (Jaspers, Watson, Freud, etcétera).

Es más apropiado, no obstante, referirse a lo anterior con el término de «enfoque» y reservar el de «modelo» para denominar a los análogos conceptuales que recurren a estructuras o fenómenos conocidos con el fin de entender otros menos conocidos tratándolos como equivalentes (Price, 1978; Davison y Neale, 1980). Ejemplos de este tipo en psicopatología son los modelos animales, los modelos basados en sustancias psicoactivas, etcétera. En la base de distintos enfoques se encuentran diferentes tipos de modelos: desde el sujeto pasional del psicoanálisis (la máquina de vapor que soporta una presión insostenible que se va regulando, generalmente mal, abriendo una u otra válvula de vez en cuando), hasta el sujeto administrativo de la psicología cognitiva informacional (la oficina con sus archivos, o el ordenador que procesa fríamente la información en diferentes etapas).

Según la definición de Bunge (1988), un enfoque es una forma de ver las cosas o las ideas. De manera más precisa, un enfoque (E) es un cuerpo (C) de conocimientos preexistentes, junto con una colección de problemas (P: problemática), un conjunto de objetivos (O) y una colección de métodos (M: metódica):

$$E = (C, P, O, M)$$

Los problemas emergen en el contexto de un cuerpo de conocimientos preexistentes, no se presentan en el vacío, y los

intentos de darles respuesta hacen uso de algunos elementos de C. Además, la manera de tratar un problema depende del objetivo (por ejemplo, ampliar conocimientos o realizar alguna intervención práctica). Una vez se ha delimitado el problema y el objetivo, se escoge un método adecuado para afrontarlos.

Junto con conocimientos pertenecientes a diferentes disciplinas, C incluye siempre, a menudo de manera más tácita que explícita, un marco filosófico general. Cualquiera de estos marcos filosóficos generales está comprendido en alguno de los tres básicos (Bunge, 1977, 1983): atomismo, holismo y sistemismo, que quedan diferenciados por ontologías y gnoseologías particulares. Así, el marco filosófico atomista se caracteriza por una ontología según la cual cualquier cosa es un agregado de unidades de distinto tipo, y una gnoseología reduccionista según la cual el conocimiento de la composición de un todo es condición necesaria y suficiente para el conocimiento del todo. El rango de problemas que estudia es limitado, puesto que se centra en los aspectos moleculares de la conducta. Sus objetivos son científicos, puesto que aspira a describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos que estudia. Su metódica se reduce al análisis de los componentes.

La ontología del holismo es organísmica, puesto que entiende el mundo como un todo orgánico que puede descomponerse en todos parciales que ya no son susceptibles de descomposición. Su gnoseología es intuicionista, al proponer que esos todos últimos deben ser aceptados tal como se presentan (no analizados ni manipulados). Su problemática es, como en el atomismo, limitada, puesto que únicamente abarca modelos de conducta global. Su objetivo es poner de relieve y conservar tanto la totalidad como la emergencia de novedades cualitativas que acompañan a la formación de ciertos todos, para lo cual utiliza procedimientos no metódicos como la intuición.

El sistemismo se basa en una ontología según la cual el mundo es un sistema compuesto de subsistemas pertenecientes a distintos niveles, y en una gnoseología que combina la razón y la experiencia para abordar el estudio de la formación y destrucción de sistemas, sus componentes, las interacciones entre ellos y con el entorno. Su problemática es más amplia que las del atomismo y el holismo, puesto que comprende tanto los aspectos moleculares como las propiedades emergentes de los sistemas, es decir, las propiedades que corresponden al sistema como un todo y que no se encuentran en ninguno de sus componentes. Sus objetivos son describir, explicar, predecir y controlar su objeto de estudio, y su metódica incluye el análisis y la síntesis, la generalización y sistematización, y la comprobación empírica.

Las clasificaciones de los enfoques conllevan siempre una cierta arbitrariedad, debido a que las escuelas o líneas de investigación agrupadas en cada uno de ellos tienen, además de puntos en común, ciertas diferencias y similitudes con escuelas o líneas de investigación pertenecientes a otros enfoques. Es habitual, no obstante, distinguir al menos los siguientes: biomédico, sociocultural, fenomenológico, psicoanalítico, humanista-existencial, conductual, cognitivo y contextual.

Entre las características que diferencian estos enfoques se encuentran los criterios a partir de los cuales se definen los trastornos mentales en cada uno de ellos. La variedad de posibilidades para establecer criterios en psicopatología no es una característica particular, también se encuentra en medicina; así, diferentes enfermedades son definidas por distintos tipos de criterios (por ejemplo, la migraña se define a partir de la forma de presentación de los síntomas; la neumonía neumocócica se define a partir de la etiología; la hipertensión se define a partir de la desviación respecto a una norma estadística). Pese a que estos criterios pueden tener más o menos peso en la definición de un trastorno, lo más habitual es utilizar una serie de ellos para caracterizar a los trastornos en general, y alguno en particular para trastornos concretos. Esto depende del nivel de conocimientos sobre cada alteración (si se conoce la etiología, por ejemplo, lo más razonable será que aparezca entre los criterios definitorios). En general, se distinguen los siguientes tipos de criterios de anormalidad: estadísticos, legales, subjetivos, biomédicos y socioculturales.

La adopción de criterios estadísticos de anormalidad se extendió a partir del siglo XIX, influida por su utilización en las teorías constitucionalistas de la personalidad o en las teorías de la inteligencia, que ponían gran interés en la medición cuantitativa de los fenómenos psicológicos. La presuposición principal sobre la que se fundamentan los criterios estadísticos es que las variables psicológicas se distribuyen de manera normal en la población general. En consecuencia, un individuo puede ser situado en un punto determinado de esa distribución respecto a una característica dada, y puede ser calificado como normal o anormal (en esa característica) en función de la frecuencia con que aparece esa misma posición u otras más extremas en la población general. No obstante, aun siendo necesaria, la infrecuencia no es condición suficiente para definir el comportamiento patológico (por ejemplo, un superdotado no es siempre un individuo con problemas psicopatológicos).

Los criterios legales no son propiamente criterios psicopatológicos, pero tienen consecuencias importantes sobre la práctica y la teoría de esta disciplina. En el mundo del derecho el concepto más íntimamente relacionado con el de trastorno mental es el de responsabilidad, entendida como la capacidad del sujeto para garantizar por sí mismo su autonomía y elegir libremente sus actos. Casi todas las legislaciones toman en consideración dos condiciones para determinar la irresponsabilidad y, por lo tanto, la inimputabilidad: la ignorancia de ser culpable (irresponsabilidad cognitiva, incapacidad) y/o el impulso irresistible (irresponsabilidad volitiva).

De acuerdo con los criterios subjetivos, es el propio sujeto quien dictamina sobre su estado. El criterio algedónico (Schneider, 1959), que define la presencia de un trastorno a partir del sufrimiento propio o de otras personas, es una variante de estos criterios. También se encuentra relacionado con ellos el de «petición de ayuda», muestra del pragmatismo clínico, que considera como conducta anormal cualquiera que provoque que el sujeto pida la intervención de un profesional para modificarla. El sentimiento de malestar en que se basan los criterios subjetivos tiene con normalidad un matiz claramente negativo, como revela el relato del sujeto sobre sensaciones de angustia, temor, culpa, odio o confusión. En otros casos se trata de un sentimiento más «diluido», borroso y difícil de definir, consistente en una cierta impresión de inadecuación de la propia conducta en relación con el entorno social o cultural. Estos sentimientos suelen ir acompañados de la incapacidad, por parte del sujeto y de las personas allegadas, de explicar razonablemente lo que está sucediendo (Jarne, 1995). Este tipo de criterios son adoptados implícitamente cuando se justifica la intervención clínica sobre un gran número de trastornos poco invalidantes, pero que deterioran el funcionamiento habitual del sujeto (problemas de adaptación, etcétera).

La información introspectiva del paciente es siempre una fuente de datos ineludible, pero hay que tener en cuenta algunos problemas; la mayoría de ellos residen en las propias características de algunos trastornos, que dificultan la toma de conciencia de los problemas e incapacidades (por ejemplo, demencias, trastornos psicóticos, discapacidad intelectual). Por otro lado, no todas las personas que manifiestan quejas sobre su estado tienen algún trastorno mental. Existen, además, reacciones al estrés que, de acuerdo con este criterio, serían calificadas como patológicas cuando en realidad son respuestas normales.

Los trastornos mentales, definidos de acuerdo con criterios biomédicos, son expresión de alteraciones en las estructuras o procesos biológicos. Estas alteraciones pueden ser causadas por agentes patógenos externos, por carencias de determinados elementos constituyentes o por desequilibrios en esas estructuras o procesos. El principal inconveniente de la adopción de este tipo de criterios es que se corre el peligro de ignorar factores psicológicos o sociales tan importantes como los estrictamente biológicos para la delimitación de un trastorno concreto.

Ante la dificultad para determinar la presencia de tales agentes, carencias o desequilibrios, los criterios biomédicos son sustituidos frecuentemente por criterios clínicos, entendiendo como tales aquellos basados en la delimitación de unos síntomas o conjunto de síntomas que conforman cuadros psicopatológicos. Desde esta perspectiva, una tarea fundamental es establecer definiciones de trastornos, a partir de esos cuadros sintomatológicos, que sean aceptadas por la mayor parte de los profesionales. Así es como se han desarrollado los sistemas de clasificación de los trastornos mentales que tanta repercusión han tenido durante las últimas décadas sobre la práctica y la investigación.

Existen muchos puntos de contacto entre estos criterios clínicos y los criterios estadísticos, puesto que el concepto de síntoma está influido por el de rareza o anormalidad en relación con un grupo normativo. Bajo la influencia de los sistemas clasificatorios más extendidos tiende a aceptarse cada vez más la idea de que el objeto de estudio de la psicopatología son los trastornos mentales. De esa manera se intentan sortear los problemas de estigmatización que conllevan términos como «anormal», o adscripciones demasiado evidentes a determinados enfoques puestos de manifiesto por expresiones como «enfermedad mental». El problema más grave es que no existe una definición conceptual única (ni mucho menos operacional) que se aplique de manera general a todos los trastornos; algunos son definidos mejor por conceptos como «malestar», otros por conceptos como «descontrol», «limitación», «incapacidad», «inflexibilidad», «desviación», etcétera. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto general (APA, 1995).

Los criterios sociales hacen descansar el peso de la definición de la anormalidad en el consenso social adoptado en un lugar y en un momento determinados. La adecuación al rol social asignado a un individuo particular (que los padres pasen tiempo con sus familias, que las reacciones emocionales sean apropiadas a las situaciones) constituye el principal criterio social para calificar el

comportamiento de esa persona como normal o anormal. Por otro lado, la modulación que ejercen las variables socioculturales sobre la valoración de determinadas conductas como normales o anormales es evidente; el abuso de sustancias, por ejemplo, considerado en nuestro entorno como un trastorno, es visto en otros contextos como una forma de contacto con la divinidad.

Enfoque biomédico

El marco de referencia del enfoque biomédico incluye biología, química y física. Su problemática abarca tanto los fenómenos conductuales como los mentales. Permite explicar la conducta y los procesos mentales apelando a los determinantes biológicos, y utiliza métodos tanto analítico-inductivos como hipotético-deductivos. Tiene sus raíces en los mismos orígenes de la medicina, con Hipócrates, fue respaldado por algunos descubrimientos realizados en el siglo XIX, como la relación existente entre la sífilis y determinadas alteraciones psicopatológicas, y ya en el siglo XX se consolidó en gran parte gracias a la investigación y las aplicaciones de la psicofarmacología.

Tal como expone Castilla del Pino (1991), el modelo biomédico actual tiene sus antecedentes inmediatos en Griesinger, Wernicke, Flechsig, Kahlbaum, Morel, y muchos otros autores que coincidieron en la premisa de que los trastornos mentales han de ser considerados como enfermedades cerebrales, ya sean primarias o secundarias (enfermedades somáticas que afectan secundaria y eventualmente al cerebro, como el paludismo, la fiebre tifoidea, etcétera). Desde la perspectiva de este enfoque, los síntomas de los trastornos mentales son psíquicos en su manifestación, pero fisiológicos en su naturaleza. Kraepelin es probablemente el autor que mejor sistematizó este enfoque: a cada factor etiológico ha de corresponder un cuadro clínico particular, un curso determinado y una anatomía patológica precisa.

De acuerdo con Buss (1962), los diferentes tipos de enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos, en función de que su causa sea un agente externo (como un virus) que ataca al organismo (enfermedad infecciosa), un mal funcionamiento de algún órgano (enfermedad sistémica), o un trauma (enfermedad traumática). De estos tres modelos, el de enfermedad sistémica ha sido el que ha alcanzado una aplicación más extensa a una gran variedad de trastornos mentales (Claridge, 1985).

En el modelo sistémico se enmarcan las investigaciones sobre alteraciones bioquímicas, que han dado lugar a una extensa

bibliografía sobre la relación existente entre los neurotransmisores y los trastornos mentales; por ejemplo, GABA con trastornos de ansiedad, dopamina con esquizofrenia, catecolaminas y serotonina con depresión, etcétera. El enfoque biomédico también da gran importancia al estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, adoptando en muchas ocasiones una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) que toma en consideración tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

En este enfoque se distinguen dos clases de indicadores de anomalías orgánicas o funcionales: los signos y los síntomas. Los signos son indicadores objetivos de procesos orgánicos alterados, esto es, públicamente observables, mientras que los síntomas son indicadores subjetivos de procesos orgánicos anómalos, es decir, percibidos por el propio sujeto. El conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico determinado se denomina síndrome.

La investigación sobre los aspectos biológicos de la conducta anormal y la industria organizada en torno al desarrollo de psicofármacos ha propiciado que el enfoque biomédico goce de gran difusión en la actualidad, aunque se han criticado algunos inconvenientes asociados, por ejemplo:

Puede favorecer un reduccionismo radical que limite un conocimiento completo de todos los factores implicados en la determinación y el mantenimiento del comportamiento anormal. Las relaciones de causa-efecto no van solo desde el nivel biológico hacia el nivel psicológico, puesto que las variables psicológicas (hábitos, etcétera) también pueden ser causas de determinados procesos biológicos. Estas relaciones de determinación recíprocas entre niveles no se fundamentan en presupuestos dualistas, sino que se apoyan en una filosofía monista emergentista (Bunge, 1985) según la cual pueden distinguirse distintos niveles de organización de la realidad (físico, químico, biológico, psicológico y social) en función de la complejidad de los sistemas propios de cada uno de ellos.

El tipo de modelos que se utilizan. Al ser modelos de laboratorio, y con frecuencia modelos animales, la posibilidad de generalización a la patología humana es menor que en enfoques en los que se prefiere trabajar con humanos.

Tiende a considerar al paciente como un sujeto pasivo, al no ser responsable del inicio, curso o desenlace del trastorno.

Enfoque sociocultural

La reflexión sobre la definición de los trastornos mentales a partir de criterios socioculturales ha dado lugar a toda una corriente de pensamiento para la que la psiquiatría y la psicopatología no serían sino instrumentos de control político del individuo trastornado, cuyo trastorno es visto como expresión de las contradicciones de la sociedad. Los trastornos mentales son síntomas de trastornos sociales. Para apoyar esta idea se citan datos que relacionan incrementos de las tasas de suicidio, o de ingresos en hospitales psiquiátricos, con períodos de crisis económicas. Los datos epidemiológicos tienden a confirmar esta relación. Estudios como el de Bruce, Takeuchi y Leaf (1991) manifiestan que las personas con bajos ingresos económicos tienen el doble de riesgo de desarrollar algún trastorno mental que las personas con ingresos medios o superiores.

Si la sociedad crea la enfermedad mental, es la sociedad la que debe tratarla y no un sector profesional, que pertenece a ella, el cual, aun sin proponérselo de forma explícita, no hace más que perpetuar la situación existente en su propio beneficio. De esta manera, se llegaría incluso a la invención de trastornos mentales, como sugieren González y Pérez (2007). Según estos autores, algunas etiquetas diagnósticas relativamente recientes, por ejemplo, el estrés postraumático, el ataque de pánico o la fobia social, no serían auténticos descubrimientos científicos sino invenciones (construcciones) derivadas de la confluencia de intereses de compañías farmacéuticas y profesionales clínicos, que redefinirían determinados problemas psicológicos, o de la vida sin más, como si fueran entidades médico-clínicas en analogía con la noción de enfermedad. La alternativa a esta medicalización de los problemas psicológicos, de acuerdo con una perspectiva contextual, debe ser la rehabilitación social; el objetivo no es el control de los síntomas, sino su superación.

El peligro de la medicalización de determinados problemas es aún mayor en el caso de los niños, puesto que de igual manera que se inventan trastornos mentales en adultos, se pretende también dar forma de enfermedad a lo que no son más que conductas que el entorno familiar o escolar no sabe tolerar o corregir de forma adecuada (Talarn, 2007; García de Vinuesa, González y Pérez, 2014). Así, se crean trastornos como el déficit de atención con hiperactividad o el trastorno bipolar infantil, que llevan a desviar el foco de atención del contexto que debería transformarse para centrarlo en el propio niño cuyos «síntomas» pueden ser controlados mediante la oportuna medicación. Esta medicalización de la conducta forma parte de fenómenos más amplios, como son la medicalización de la vida y de la sociedad. La medicalización de la vida sería caracterizada por Illich (1974) como el proceso en

virtud del cual se expropia a los individuos de sus propios recursos y criterios curativos, sirviéndose para ello del fomento de la dependencia excesiva de los medicamentos, la transformación de expectativas y rituales (como los relacionados con la muerte), etcétera. Esta medicalización de la vida no es sino una forma de manifestación de la medicalización de la sociedad (Talarn, 2007), entendida como una extensión de la intervención médica sobre un gran número de ámbitos del funcionamiento de la sociedad a través, por ejemplo, del énfasis en la prevención.

En definitiva, desde este enfoque se ve la anormalidad psicológica como una creación artificial cultural. Se tiende a calificar como enfermos mentales a aquellos individuos que violan las normas sociales, aunque no haya nada intrínsecamente patológico en su comportamiento (Szasz, 1961). Scheff (1966), desarrollando esta idea, propone que el simple hecho de asignar la etiqueta de enfermo mental a una persona hace que esta tienda a asumir el rol que corresponde a esa etiqueta; y eso ocurre porque cuando es calificado como tal pierde la posibilidad de obtener los refuerzos accesibles por las personas no etiquetadas (trabajo, antiguas relaciones sociales, etcétera). En cambio, si asume su rol pasa a obtener otros refuerzos, como la atención y el cuidado médico, la simpatía de las personas encargadas de su cuidado, la falta de responsabilidades, etcétera, iniciándose en lo que Goffman (1959) ha denominado la «carrera de enfermo mental».

Una extensión del enfoque sociocultural es el enfoque familiar sistémico. Su presupuesto fundamental es que la conducta anormal individual es un síntoma de una dinámica familiar enferma (Foley, 1989). Este enfoque presta gran atención a los aspectos de la dinámica familiar relacionados con los patrones de comunicación que se establecen entre sus miembros, atribuyendo muchos problemas a patrones inadecuados, como la contradicción entre la información que se proporciona verbalmente y la que se comunica mediante lenguaje no verbal, o la descalificación continua por parte de algunos miembros de la familia de los mensajes de los demás (Weakland, 1960). Estos patrones inadecuados de comunicación eran referidos, por ejemplo, como causas del desarrollo de una concepción errónea de la realidad en los niños, que podía devenir en esquizofrenia en la edad adulta (Bateson, 1978). Una de las críticas formuladas al enfoque familiar sistémico proviene de los movimientos feministas (Bolgrad, 1986). De acuerdo con el enfoque familiar en los casos de abuso físico o sexual todos los miembros de la familia serían responsables en cierta medida, puesto que la esposa o la hija de las que se abusa son vistas como un síntoma de un sistema enfermo.

Enfoque fenomenológico

La fenomenología fue propuesta por Husserl como enseñanza preparatoria para el estudio de la filosofía y de la ciencia (Pérez, 1996). En psicología, la aplicación de la fenomenología significa reconocer el fenómeno psíquico antes de construir teorías y artefactos experimentales; se basa, por lo tanto, en las vivencias, en la descripción de las cosas tal y como se presentan, suspendiendo cualquier intento de explicación hasta que no se haya alcanzado una descripción suficiente del fenómeno (Monedero, 1996).

Al enfoque fenomenológico de Husserl, estrictamente formalista, Jaspers añadirá que tal descripción no debe ser una mera constatación notarial de datos, sino una comprensión. Abogará por la comprensión del fenómeno psicopatológico tal como se presenta, sin prejuicios psiquiátricos que lo distorsionen. Comprender significa para Jaspers establecer una suerte de relación causal intrapsíquica, es decir, dar cuenta de unos fenómenos psíquicos a partir de otros fenómenos también psíquicos. El verbo explicar queda reservado para la acción de establecer relaciones entre los fenómenos psíquicos y fenómenos de otro nivel, por ejemplo, biológico. La fenomenología atiende a los aspectos formales de los fenómenos psicopatológicos, tal y como se dan, respetándolos como signos naturales. Y es con esa diferenciación formal de los fenómenos psíquicos anormales que estos adquieren la cualidad de síntomas, posibilitando el diagnóstico. Pero el fenomenólogo se enfrenta a una dificultad, y es que nunca puede estar seguro de que lo que cree captar es igual que lo vivido por el enfermo (Schneider, 1962). De hecho, el método fenomenológico no ha alcanzado el objetivo pretendido por Jaspers: la diferenciación entre los síntomas de diferentes procesos, es decir, la delimitación de enfermedades de manera clara y unívoca a partir del análisis fenomenológico de los síntomas (los mismos síntomas pueden encontrarse en trastornos de diferente etiología).

Si en el terreno de la descripción de los síntomas, en el análisis fenomenológico formal, la empresa ha tenido dificultades, no han sido mucho mejor las cosas con respecto a la aportación genuinamente jasperiana: la comprensión de los contenidos, donde la subjetividad de los intérpretes lleva a desacuerdos insalvables. Esta falta de fiabilidad era evidenciada por el excesivo uso de metáforas, de términos como, para referirse a las alteraciones del pensamiento: «desgarrado», «intervenido», «interceptado», «saltigrado», «embolismático», «bloqueado»,

«sustraído», «sonorizado», etcétera (Castilla del Pino, 1991). Un lenguaje hiperadjetivado como este habría de chocar necesariamente con la precisión y parsimonia que requiere la comunicación científica, aunque atraería con fuerza a quienes gustaban de la literatura y la retórica y, en confluencia con otras corrientes, contribuiría al desarrollo de los enfoques humanistas y existenciales.

Enfoque psicoanalítico

El enfoque psicoanalítico ha sido calificado por algunos autores como movimiento (Pérez, 1996) dada su proyección social, semejante a la de las tendencias culturales o ideológicas. Freud (1856-1939) propuso el término psicoanálisis por primera vez en 1896, en un artículo publicado en francés. De igual manera que el químico descompone las sustancias naturales, el clínico debe fraccionar y estudiar los componentes del aparato psíquico. Estos son fundamentalmente las motivaciones inconscientes, a las que se puede llegar analizando las formaciones psíquicas, ya sean síntomas o cualquier otra manifestación.

Dubrovsky (1995) explica cómo, un año antes de dar nombre a su enfoque, en 1895, Freud estaba entusiasmado por la empresa de construir una psicología basada en las ciencias naturales; muestra de ello es su correspondencia con Fliess (Masson, 1985). Freud había enviado un manuscrito titulado Psicología para neurólogos a Fliess solicitando su opinión, pero no pidió que se lo devolviera. El manuscrito fue descubierto entre las cartas de Fliess y publicado post mortem (la primera edición inglesa data de 1955). El período hasta 1895 puede ser calificado como neurológico por lo que se refiere a los intereses que centraban la atención de Freud. En 1891 publicó su libro sobre afasia, en el que intentaba refutar las tesis localizacionistas de Wernicke basándose en argumentos jacksonianos.

Las primeras publicaciones de Freud reflejan la influencia de la escuela de Helmholtz (Amacher, 1965). Brucke, uno de los miembros del grupo de Helmholtz, fue quien proporcionó las primeras nociones neurobiológicas a Freud. En la escuela de Helmholtz se intentaba inculcar a los estudiantes de biología el interés por emular la forma de trabajar de físicos y químicos. Algo similar probaría Fechner para la psicología, intentando fundar una ciencia exacta de las relaciones funcionales de dependencia entre el cuerpo y la mente.

Freud recogería todas esas influencias en su Psicología para neurólogos, al que también denominaría Proyecto para una psicología científica. En ese texto se proponen dos ideas

fundamentales: un principio de operación del sistema nervioso y un principio de organización para diferentes tipos de neuronas. Freud sugiere que los sistemas neuronales tienden a descargar la tensión que acumulan debido a su actividad. Siguiendo a Fechner, interpretaba el dolor como un incremento de tensión y el placer como una descarga. Por otro lado, en el mismo libro se propone la distinción de dos clases de neuronas sensoriales: phi y psi. Las neuronas phi serían permeables, es decir, no ofrecerían ninguna resistencia al paso de la energía, mientras que las neuronas psi sí ofrecerían resistencia y, por lo tanto, retendrían una cierta cantidad de energía. En un principio situó la conciencia en las neuronas psi, pero más adelante propuso para ello un tercer tipo de neuronas, denominadas omega, que se excitarían junto con la percepción y cuyos diferentes estados de excitación darían lugar a las sensaciones conscientes (Freud, 1955).

A esta conceptualización estructuralista de la conciencia, del todo coherente con las tendencias localizacionistas de la época, Freud añadiría pronto otra de carácter dinámico según la cual las funciones psíquicas podrían explicarse mediante fluctuaciones de la actividad cortical (Modell, 1994). Esta última noción es particularmente consistente con hallazgos neurobiológicos recientes que ponen de manifiesto la relación existente entre la percepción y determinados fenómenos oscilatorios que ocurren sincrónicamente en diferentes zonas cerebrales (Greenfield, 1995; Harth, 1993). Freud (1955) también intentaría una explicación neurobiológica de la memoria. Para ello propondría la ley de asociación por simultaneidad, según la cual cuando dos neuronas contiguas son activadas simultáneamente se abre una vía nerviosa entre ellas facilitando su posterior reactivación conjunta. Un mecanismo similar sería propuesto más tarde por Hebb (1949) para explicar la formación de las ensamblajes neuronales, aunque, de hecho, esta idea ya había sido formulada mucho antes por Tanzi y Cajal (Rose, 1992).

Este interés inicial de Freud por la neurología lo llevó a aceptar y adaptar algunas de las ideas centrales de Jackson. Ambos describen la dinámica del comportamiento en términos evolutivos. Para Jackson, evolución quiere decir adición de niveles superiores de integración de la actividad nerviosa. Para Freud el Yo y el Super-yo son estructuras superiores que ejercen control sobre el Ello, situado a un nivel inferior y no consciente. Y, si según Jackson la enfermedad mental era el resultado del fracaso en el control que las estructuras nerviosas superiores ejercen sobre las inferiores, para Freud, de manera similar, será el resultado del fracaso en el control que el Yo y el Super-yo ejercen sobre la parte ancestral de la personalidad que es el Ello. Este enfoque

jerárquico de la organización del sistema nervioso y, en consecuencia, de la personalidad y de la enfermedad mental es claramente platónico.

En la República, Platón propone una analogía con la organización social de las ciudades para comprender la estructura y el funcionamiento de la mente (Pérez, 1996). Los individuos se organizan en sociedades para cumplir tres funciones básicas, dice Platón: producción de bienes colectivos, control del orden social y gobierno con base en la sabiduría. Para cada una de estas funciones, las sociedades contarían con personas especializadas; así, los operarios serían aquellos encargados de las funciones de subsistencia (labradores, constructores, artesanos, etcétera), los guardianes serían aquellas personas dedicadas a la vigilancia de los otros y, finalmente, los filósofos se dedicarían al gobierno, por su capacidad para prever posibles peligros o anticipar beneficios para la comunidad. Los operarios estarían movidos por los placeres más bajos (los placeres del vientre), por lo que su carácter sería básicamente irracional. Los guardianes renunciarían a estos placeres con la finalidad de incrementar el coraje y la afectividad necesarios para desarrollar su función. Los gobernantes se caracterizarían por la racionalidad. Cada individuo puede ser entendido, según Platón, como una sociedad; coexisten en él, por lo tanto, la motivación concupiscente de los operarios, el coraje del guardián y la racionalidad del filósofo.

El modelo de organización de la psique que propone Freud guarda también una estrecha relación con el ambiente social de su época: no hay que esforzarse mucho para establecer una analogía entre los impulsos rebeldes del Ello y las ansias revolucionarias del proletariado, entre el moderado equilibrio del Yo y el realismo y pragmatismo de la burguesía ascendente, o entre la decadente aristocracia más inflada de símbolos que de fuerza y los delirantes ideales del Super-yo (Pérez, 1996). Por otra parte, su modelo económico sobre la energía psíquica, en el que se habla de gasto, inversión y ahorro, encuentra su analogía en el comportamiento económico de la burguesía. Su noción de la dinámica (y de la elaboración), recoge el aspecto de fabricación, de proceso de producción, característico del sistema capitalista decimonónico.

El contexto social de la época se encuentra reflejado en el pensamiento de Freud de múltiples maneras. Así, la difusión de la máquina de vapor tiene una analogía en la manera en que Freud entendía el funcionamiento normal y patológico del aparato psíquico. Este podría tomar como modelo una caldera sometida a una gran presión interna; la presión es reprimida con éxito en circunstancias normales, pero cuando sobrepasa cierto límite,

tiene que poner en funcionamiento determinadas válvulas que actúan como mecanismos de defensa, dejando escapar parte del vapor y evitando así que explote debido al aumento de la presión.

Diferentes aspectos de las tesis freudianas serán desarrollados por una larga lista de psicoanalistas europeos y estadounidenses, entre ellos Ferenczi, Rank, Abraham, Jones, Anna Freud, Fromm, Sullivan, Klein, Alexander y Reich. Puede hablarse de un movimiento psicoanalítico plenamente formado ya antes de la Primera Guerra Mundial, con Freud como cabeza de una escuela de seguidores repartidos por todo el mundo. Pero no tardarán en surgir discrepancias que, en ocasiones, plantearán divergencias profundas respecto a las ideas de Freud. Son ejemplos de tales escisiones Adler, con sus tesis sobre el complejo de inferioridad; o Jung, que hablará sobre el inconsciente colectivo.

Adler se apartó en cierta medida de la visión determinista de Freud. En su Psicología individual propone la existencia de un sentimiento de inferioridad en el niño que aparece como consecuencia de su dependencia e indefensión. Este sentimiento marcará profundamente el comportamiento adulto, buscando su compensación y desarrollando un interés social que favorece la cooperación. Por su parte, Jung incidió especialmente en los aspectos históricos, filogenéticos y antropológicos de la personalidad, formulando la tesis de que la personalidad del hombre actual está mediatizada por las experiencias de las generaciones pasadas constituidas en una suerte de inconsciente colectivo. Probablemente una de las razones de la repercusión social que han tenido las tesis psicoanalíticas es que no intentan explicar solo los fenómenos anormales, sino que incluyen el funcionamiento psicológico normal, e incluso el comportamiento de los sistemas sociales.

El psicoanálisis (y en esto coincide con la mayoría de las teorías sobre el comportamiento anormal formuladas desde la psicología) parte de la suposición implícita de continuidad entre lo normal y lo anormal, entre el comportamiento adaptativo y el patológico; esa continuidad es tan fundamental que lo uno no puede comprenderse sin lo otro. En ese sentido, se podría decir que el psicoanálisis plantea un modelo psicológico del comportamiento anormal. Pero también tiene características propias del modelo médico: las conductas son meros síntomas, y no tienen mayor interés que el de servir como pistas para averiguar la causa profunda que las produce.

Enfoques humanista y existencial

Los enfoques humanista y existencial agrupan una gran cantidad de escuelas diferentes en muchos aspectos, pero que comparten una serie de presupuestos, como son (Sue, D.; Sue, D. y Sue, S., 1994):

La manera en que un sujeto interpreta los acontecimientos es más importante que los acontecimientos mismos.

Énfasis en el libre albedrío y en la responsabilidad por las propias decisiones.

Énfasis en la integridad de la persona, por contraposición a cualquier intento de reduccionismo.

Las personas tienen la capacidad de convertirse en lo que deseen y de llevar la vida más adecuadas para ellas.

Al enfatizar las experiencias conscientes de las personas y su capacidad para elegir entre alternativas, los partidarios de este enfoque se oponen al psicoanálisis, para el que la conducta está determinada por fuerzas inconscientes. De hecho, muchos de los primeros partidarios de los enfoques humanistas y existenciales (como Frankl) provenían del psicoanálisis, pero acabaron rechazando algunos de sus presupuestos, principalmente la idea de que la conducta humana es producto de fuerzas que escapan al control y al conocimiento del individuo. Este rechazo del determinismo los enfrentaba también al enfoque conductual, por lo que dieron en llamar a su movimiento, cuando comenzó allá por los años cincuenta, «tercera fuerza» (Bootzin, Acocella y Alloy, 1993).

No obstante, hay muchos puntos de contacto entre los enfoques humanistas y existenciales y el enfoque psicoanalítico. Por ejemplo, todos coinciden en la idea de que la clave de la efectividad terapéutica es el insight (London, 1964); aunque en la terapia psicoanalítica el insight se consigue gracias a la interpretación del psicoanalista (que intenta fomentar en el paciente la utilización de mecanismos de defensa sustitutivos de la represión y más adaptativos que esta, como la sublimación), mientras que en las terapias humanistas y existenciales se pretende que sea el propio paciente quien lo alcance a través de la exploración de su mundo presente y siempre acompañado por el terapeuta.

Carl Rogers fue uno de los mayores impulsores de las corrientes humanistas. Una de sus principales contribuciones fue la visión positiva del individuo. Sus ideas acerca de la personalidad (Rogers, 1959) reflejan su preocupación por el bienestar humano y su convicción de que la humanidad es confiable y que se mueve hacia adelante. La psicología humanista no se concentra exclusivamente en los trastornos, sino que está interesada en

ayudar a las personas a realizar su potencial. El concepto de autorrealización, popularizado por Maslow (1954), refleja este interés por el desarrollo de las capacidades humanas. Con una perspectiva que recuerda a las ideas de Rousseau, Rogers proponía que, si las personas eran liberadas de las ataduras de las restricciones sociales y se les permitía madurar y desarrollarse libremente, alcanzarían un estado de realización y de bienestar. Pero la sociedad impone normas estrictas de conducta, y fuerza el desarrollo de un concepto de sí mismo en las personas inconsistente con su potencial de autorrealización. De acuerdo con Rogers (1959), los trastornos mentales son el resultado de esa incongruencia entre el autoconcepto derivado de esa presión social y su potencial real de autorrealización. En consonancia con estos presupuestos básicos se desarrollaría un tipo de terapia no directiva y centrada en la persona: el terapeuta no debe explicar ni prescribir, sino comunicar respeto, comprensión y aceptación.

El enfoque existencial es menos optimista que el humanista, puesto que se centra en la dificultad, la irracionalidad y el sufrimiento que acontecen en la vida. El existencialismo, además, matiza la actitud empática defendida por el humanismo, ya que propone que el individuo debe ser visto en el contexto de la condición humana, y las consideraciones morales, filosóficas y éticas son parte de la relación (Sue, D.; Sue, D. y Sue, S., 1994). Entre los divulgadores de este enfoque, claramente influido por el pensamiento existencial europeo de Kierkegaard, Heidegger y Sartre, se encuentran Frankl (quien desarrolló la logoterapia), Van den Berg (quien se centró en el concepto de «ser en el mundo»), Laing (quien puso de manifiesto la discordancia entre el falso Yo fomentado por la sociedad y el auténtico Yo interno) y Rollo May (quien proponía que el desarrollo tecnológico acelerado, la excesiva confianza en la ciencia y el desdén por las explicaciones espirituales de la naturaleza humana son la causa de la confusión y el agotamiento personal). Para los existencialistas la conducta anormal (estereotipada, inhibida, moralmente rígida y conformista) es resultado de conflictos entre las demandas del entorno social y la propia naturaleza esencial de la persona. Cuando la inminencia del dejar de ser (la muerte, la enajenación, el apartamiento) y la necesidad de ser en el mundo no son afrontados adecuadamente, surge la ansiedad.

Una de las consecuencias de los enfoques humanistas y existenciales ha sido la proliferación de diversas terapias de grupo: terapia gestáltica, psicodrama, grupos de encuentro, etcétera, basadas en la idea de que las relaciones interpersonales deben constituir uno de los focos principales de atención y tratamiento, y en la creencia de que la terapia no debe limitarse a

solucionar problemas, sino que ha de promover el crecimiento personal (Bootzin, Acocella y Alloy, 1993). En cualquier caso, los enfoques humanistas y existenciales han hecho aportaciones muy importantes, sobre todo de índole práctica, al promover, influidos por la fenomenología, una actitud empática y comprensiva hacia la persona que sufre un trastorno. Esta es una actitud que permite avanzar en el conocimiento de los trastornos mentales, y un prerequisite ineludible para la efectividad de cualquier relación terapéutica, aunque no suficiente. Esa no es una posición que deba entrar en contradicción con otras intervenciones más técnicas, sino complementarlas. Muchas de sus propuestas son perfectamente integrables en modelos y teorías científicas (por ejemplo, estudios realizados con pacientes terminales demuestran que su estado mental puede verse influido por creencias y valores (Reed, 1987)), pero al oponerse a la ciencia y la técnica, los humanistas-existencialistas frenan el desarrollo de su propio enfoque.

Enfoque conductual

El extraordinario desarrollo de la psicología del aprendizaje ha propiciado la extensión del enfoque conductual a gran cantidad de áreas de investigación e intervención, entre ellas la psicopatología. Las técnicas de modificación de conducta, en particular como área de aplicación de los principios de la psicología del aprendizaje al tratamiento de la conducta anormal, constituyen probablemente el factor facilitador más importante de la difusión del enfoque conductual de los trastornos mentales (trastornos de conducta, en la terminología propia de este enfoque). Autores como Eysenck y Wolpe, que se encuentran entre los pioneros de la terapia de conducta, son responsables de las primeras formulaciones del comportamiento anormal realizadas desde el enfoque conductual, aunque sus antecedentes pueden situarse con los experimentos de Watson y Rayner (1920) sobre adquisición de fobias mediante condicionamiento clásico, y de Pavlov sobre neurosis experimentales.

El principio básico del enfoque conductual en psicopatología es que la conducta trastornada consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) a ciertos estímulos. En consecuencia, el tratamiento adecuado consistirá en la aplicación de los principios del aprendizaje para extinguir esos hábitos. La conducta es en sí misma el problema; posiblemente intervienen factores biológicos entre el ambiente y la respuesta, pero existen relaciones funcionales entre ambos que son suficientes para diseñar una intervención adecuada en la mayoría de los trastornos. Dado que la conducta anormal se rige

por los mismos principios que la normal, no es muy útil (o incluso puede resultar contraproducente) establecer una distinción cualitativa entre ambas, o entre diferentes tipos de conducta anormal. El diagnóstico psiquiátrico tradicional, por lo tanto, será criticado desde este enfoque, que prefiere abordar el estudio de la conducta anormal presuponiendo continuidad con el comportamiento normal, es decir, desde una perspectiva dimensional.

La principal objeción que se ha hecho al enfoque conductual se basa en la necesidad de considerar, además de las relaciones funcionales entre los estímulos y las respuestas, la participación de variables no observables directamente, como pueden ser las de tipo cognitivo, para optimizar la explicación del comportamiento anormal y mejorar la intervención sobre el mismo (Breger y McGaugh, 1965). Esto dio lugar a nuevos desarrollos que, incluso enmarcándose aún en el enfoque conductual, incluyen constructos cognitivos en sus teorías sobre el comportamiento anormal (por ejemplo, Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Reiss, 1980; Bandura, 1969). Estas formulaciones, que podrían denominarse conductistas ampliadas o neoconductistas, aceptan pues la inclusión de elementos cognitivos en sus planteamientos, pero no constituyen todavía su eje vertebrador, como sí ocurrirá, en cambio, en los modelos del enfoque cognitivo.

En su crítica del conductismo, Bunge (Bunge y Ardila, 1988) caracteriza su marco de referencia por una negación ontológica de la existencia de la mente inmaterial, una propuesta gnoseológica realista primitiva (puesto que evita la utilización de constructos hipotéticos) y un relativo aislamiento respecto a otras ciencias como la biología. La problemática del conductismo se limita al comportamiento, desentendiéndose de la mente; fija sus objetivos en la descripción, predicción y control del comportamiento de los organismos, y su metódica rehúye la teorización o la limita a modelos superficiales cajas negras. Pese al salto adelante que supuso este enfoque (al rechazar el supuesto metafísico de la mente inmaterial), resulta inadecuado (continúa argumentando Bunge) puesto que limita excesivamente su problemática, no alcanza poder explicativo al evitar el recurso a los mecanismos biológicos y, por ello, y porque no hace uso de la matemática como instrumento preciso de formalización, sitúa a la psicología en una suerte de estadio científico de «segunda categoría» no equiparable al de otras ciencias de «primera clase» como la física.

Pese a lo sugestivo que, por su claridad, resulta este planteamiento, el desarrollo histórico del conductismo hace necesario complicar un poco más las cosas. A la psicología E-R del

conductismo inicial siguieron algunas modificaciones llevadas a cabo por los neoconductistas. Tolman y Hull vieron la necesidad de ampliar la problemática y la metódica del conductismo; Skinner, miembro también de esta segunda generación de conductistas, no lo vio así, y se produjo una bifurcación. Además, entre los que decidieron intercalar una O entre la E y la R, unos lo hicieron mediante constructos hipotéticos de relación (entendidos como conceptos con contenido desligado de procesos fisiológicos, o como simples nexos matemáticos) y otros optaron por constructos hipotéticos de entidad, dándoles una interpretación fisiológica (un análisis del papel de los constructos hipotéticos de relación y de entidad en el neoconductismo se encuentra en Tous, 1978). La caracterización del enfoque conductista que hace Bunge, en consecuencia, solo es aplicable a una parte del neoconductismo.

No está de más, como indica Gil (1990), repasar algunas opiniones del propio Skinner sobre la relación entre psicología y fisiología, veamos:

Sería más fácil ver cómo están relacionados los hechos fisiológicos y los conductuales si tuviéramos una explicación completa de un organismo que se comporta: tanto de la conducta observable como de los procesos fisiológicos que ocurren al mismo tiempo (...) el organismo es un sistema unitario, cuya conducta es claramente una parte de su fisiología. (Skinner, 1969, p. 253)

La conducta no es separable de la fisiología, ni la fisiología es separable de la conducta.

La explicación [del fisiólogo] constituirá un importante avance sobre el análisis comportamental porque este último es necesariamente «histórico» —es decir, reducido a relaciones funcionales que poseen lagunas temporales—. Hoy se hace algo que mañana afecta al comportamiento del organismo. Al margen de la claridad con que se pueda establecer el hecho, se pierde un paso y debemos esperar a que el fisiólogo lo suministre. Podrá mostrar cómo se cambia un organismo cuando se le expone a las contingencias de refuerzo, y por qué el organismo cambiado se comporta de manera diferente. (Skinner, 1974, p. 195)

En definitiva, las aportaciones de la fisiología no pueden invalidar las leyes del comportamiento, sino ayudar a tener un cuadro más completo de ese comportamiento, y viceversa.

Enfoque cognitivo

En el enfoque cognitivo los determinantes principales del comportamiento anormal son constructos cognitivos. Gran parte de los modelos de trastornos mentales elaborados desde este enfoque están basados en la analogía mente-ordenador. La mente es entendida como un sistema de procesamiento de información que, como los ordenadores, recibe, selecciona, transforma, almacena y recupera datos; los trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento de algunos componentes de ese sistema.

Al igual que en los otros enfoques, o tal vez en mayor medida, en la perspectiva cognitiva existen diferentes aproximaciones al objeto de estudio de la psicopatología y preferencias diversas sobre los recursos metodológicos más apropiados para abordarlo; es por eso por lo que algunos autores (Ibáñez, 1982) han sugerido la conveniencia de no hablar de enfoque cognitivo, sino de modelos cognitivos de determinados trastornos o grupos de trastornos, o de modelos cognitivos de anomalías en procesos o contenidos psicológicos.

Ingram y Wisnicki (1991) propusieron una clasificación de los constructos cognitivos utilizados en psicopatología en cuatro grandes grupos: estructurales, proposicionales, operacionales y productos. Los constructos estructurales hacen referencia a la arquitectura del sistema, es decir, la manera en que la información es almacenada y organizada. Ejemplos de constructos estructurales son la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. En contraste con los mecanismos estructurales, las proposiciones se refieren al contenido de la información que es almacenada y organizada. Ejemplos de variables proposicionales son el conocimiento episódico o el conocimiento semántico. Los constructos operacionales se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema cognitivo funciona, como codificación, recuperación, atención, etcétera. Finalmente, los productos son definidos como el resultado de las operaciones del sistema cognitivo; son los pensamientos que el individuo experimenta como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, proposiciones y operaciones cognitivas. Son ejemplos de productos las atribuciones, las imágenes mentales, etcétera.

La principal deficiencia del enfoque cognitivo reside, según Bunge (Bunge y Ardila, 1988), en lo reducido de su marco de referencia, dado que se presenta con un cierto aislamiento respecto a otros campos de conocimiento como la biología y las matemáticas. Tal vez esta sea una crítica exagerada, puesto que existen múltiples ejemplos de relación entre teorías cognitivas y teorías biológicas

(Gray, 1982), así como de formalización matemática de teorías cognitivas (Townsend y Schweickert, 1989). Su principal virtud es abordar la mayor parte de la problemática tradicional de la psicología, así como hacerlo con los recursos más potentes de la metodología experimental, aunque añadiendo demasiada especulación en algunos casos.

Enfoque contextual

En las intervenciones derivadas del enfoque cognitivo, como la terapia racional-emotiva de Ellis (1977) y la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), los pensamientos negativos, las creencias irracionales, los esquemas cognitivos patológicos y los errores en el procesamiento de la información constituyen variables que median entre el contexto estímular y la respuesta emocional y conductual que muestra el individuo. El procesamiento de la información es la metáfora subyacente tras la terapia cognitiva, caracterizada por la existencia de mecanismos internos disfuncionales que deben modificarse mediante la intervención. Esta nueva aproximación encajaba bien con el esquema de estímulo respuesta (E-R) propio del conductismo, y pronto fue incorporada a la terapia de conducta, dando lugar a la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual ha sido el paradigma dominante en las últimas décadas y se ha erigido como uno de los baluartes de las terapias basadas en la evidencia, gozando de prestigio y apoyo entre investigadores y clínicos. Sin embargo, a pesar de su éxito, algunos miembros de la disciplina empezaron a poner en duda algunos de sus supuestos básicos e iniciaron la búsqueda de nuevas formulaciones que gozaran de un mayor consenso.

Según Hayes (2004), algunas de las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual podrían considerarse consecuencia de la misma incorporación de los aspectos cognitivos a la terapia de conducta. La unión de ambas aproximaciones llevó a un énfasis de los aspectos cognitivos en detrimento de los aspectos contextuales y del enfoque idiográfico. Las causas del problema pasaron de ser ambientales a deberse a un déficit o disfunción cognitiva, con lo que la terapia cognitivo-conductual adoptaba el modelo médico internalista y nomotético. Por otro lado, la estandarización de los procedimientos de intervención y la publicación de algunos estudios que indican que la adición de los aspectos cognitivos al tratamiento no incrementa significativamente su eficacia son otras de las limitaciones atribuidas a la terapia cognitivo-conductual. Las terapias de tercera generación surgen en la última década del siglo XX y se afianzan durante la primera década del siglo XXI como respuesta

a las limitaciones mostradas por las terapias cognitivo-conductuales y gracias al desarrollo del conductismo radical y el análisis funcional de la conducta. De hecho, y como señala Pérez (2006), las terapias de tercera generación representan una vuelta a los orígenes, es decir, un retorno a las raíces contextuales de la terapia de conducta.

El enfoque contextual retoma los planteamientos de Skinner sobre la conducta verbal. Las conductas verbales se definen como clases funcionales operantes que pueden tener consecuencias verbales y no verbales. El término clase funcional se refiere a aquellos estímulos o respuestas que tienen la misma función. La conducta se comprende en términos de su función, no de su forma. Las conductas que tienen el mismo efecto sobre el ambiente en una situación dada son tratadas como equivalentes, independientemente de si son parecidas en la forma (topográficamente). Otro concepto clave es el de «regla», entendiéndose por tal una clase de conducta verbal consistente en instrucciones que son correspondidas con contingencias ambientales. En este sentido, la conducta puede estar controlada por contingencias ambientales o por reglas (el control instruccional hace la función de las contingencias ambientales). Las reglas tienen un carácter discriminativo, aunque algunas son capaces de producir operaciones instrumentales, por ejemplo, reforzamiento, castigo o extinción. Las conductas controladas por reglas, a diferencia de las otras, poseen autonomía funcional, en el sentido de que las contingencias no ejercen ningún control sobre ellas. Hay conductas, como es el caso de las exigencias sociales, que es poco probable que puedan ser seguidas por las contingencias naturales, más bien lo que se refuerza es seguir la regla (Luciano, 1993).

Las terapias de tercera generación comparten un modelo contextual de psicoterapia que recupera los principios básicos del enfoque conductual original, pero que a la vez incorpora supuestos y procedimientos propios de otros enfoques como el fenomenológico, el humanista-existencial y el sociocultural. Estas terapias se proponen explícitamente como alternativas al enfoque médico caracterizado por una explicación psicológica interna de los trastornos mentales (el problema está en el interior del individuo, ya sea en sus pensamientos disfuncionales o en alteraciones neuroquímicas). Esta explicación interna se basa en la existencia de una disfunción o déficit en el funcionamiento psicológico y, por lo tanto, el tratamiento implica el uso de técnicas específicas destinadas a subsanar la disfunción o el déficit existente. La eficacia del tratamiento se mide con base en la reducción de los síntomas que caracterizan el trastorno tratado.

Frente al modelo médico, el modelo contextual explica el trastorno que presenta un individuo atendiendo a sus circunstancias, es decir, a aspectos interactivos, funcionales y contextuales. Por lo tanto, el problema es consecuencia de las relaciones que establece la persona con los demás y consigo mismo, es decir, con sus pensamientos, sentimientos y experiencias, y no de un déficit o disfunción psicológica. Así, por ejemplo, la depresión no se explicaría por una alteración de los niveles de serotonina ni por la presencia de pensamientos negativos sino por la disminución drástica de actividad y de relaciones interpersonales que sufre la persona y la consecuente pérdida de refuerzos que perpetúa el estado de ánimo depresivo.

En el modelo contextual la intervención no se basa en el uso de técnicas específicas sino en la aplicación de dos grandes principios terapéuticos: la aceptación y la activación. Se entiende la aceptación como el cese de la lucha contra el síntoma. El objetivo no es ya querer eliminar el síntoma, lo cual a veces resulta muy difícil o imposible (piénsese en un trastorno crónico), sino aprender a vivir con él y a pesar de él. Y aquí entra el segundo principio, la activación. La activación implica que la persona adopte un papel activo, decida qué quiere hacer con su vida y qué valores quiere que la guíen. Una vez clarificados estos valores debe actuar para cambiar las circunstancias que mantienen el problema y que le impiden vivir según sus valores, es decir, en una dirección valiosa para ella (por ejemplo, ser un buen padre, ser responsable en el trabajo, etcétera). No se trata de conformarse sino de aceptar la situación y actuar en consecuencia. Según este modelo, la eficacia del tratamiento no se mide con base en la reducción de síntomas sino en función de si la persona ha conseguido modificar el contexto (social, interpersonal e intrapersonal) que perpetúa el problema e impide avanzar en la dirección deseada.

La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991), junto con la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993) constituyen las terapias de tercera generación más consolidadas. La terapia de aceptación y compromiso (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) se centra en dos aspectos: la aceptación, entendida como la capacidad de experimentar, en el aquí y el ahora, los eventos privados (pensamientos, sensaciones, emociones, etcétera) sin someterlos a un juicio valorativo y, unido a ella, el compromiso de actuar de acuerdo con valores y objetivos importantes para el individuo. El hecho de ser seres verbales significa que en determinadas situaciones es inevitable que surjan

pensamientos o sensaciones que puedan resultar dolorosos. Ante la aparición de estos eventos privados desagradables, la persona puede enredarse en luchas contraproducentes que acaban incrementando y perpetuando el malestar. Esta suerte de evitación experiencial, entendida como una amplia gama de comportamientos dirigidos a evitar el contacto con los eventos privados negativos, es observable en diversos trastornos. La ACT tiene como objetivo incrementar la flexibilidad psicológica de la persona, de manera que aprenda a contactar con los eventos privados, tanto positivos como negativos, y pueda recontextualizarlos en el marco de sus valores, es decir, de lo que realmente importa en su vida.

La psicoterapia analítica funcional, por su parte, se centra en las interacciones que se dan entre cliente y terapeuta en el contexto clínico (desde el modelo contextual no se considera a la persona en tratamiento como «paciente», dado que no se la supone enferma). A partir del análisis y clasificación funcionales de estas interacciones, el terapeuta detecta las conductas relevantes para el problema y crea las condiciones necesarias para que se reproduzcan durante la sesión clínica. El objetivo de la terapia es recrear un contexto interpersonal equivalente funcionalmente al que se encuentra el cliente en su vida cotidiana, de manera que mediante el refuerzo positivo y la descripción de las relaciones funcionales entre condiciones contextuales y la conducta del cliente, el terapeuta pueda modelar, aumentar o reducir ciertos comportamientos.

La terapia de conducta dialéctica (DBT, Dialectical Behavior Therapy) fue desarrollada por Linehan para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, pero con el tiempo se ha aplicado también a otros problemas, entre ellos, los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, el comportamiento suicida y el trastorno de estrés postraumático en personas que han sufrido abusos sexuales. Uno de los objetivos principales de la DBT es crear un clima de aceptación incondicional y de confianza en el que el cliente sienta que sus sentimientos y conductas son validados por el terapeuta. Sin embargo, al mismo tiempo, el terapeuta le hace saber que algunos de estos sentimientos y comportamientos pueden resultar dañinos tanto para él como para los demás y que existen alternativas de conducta más adaptativas. Así, la terapia ofrece un espacio en el que se combina la aceptación con el compromiso de cambio a través de un progreso dialéctico y en el que el cliente puede desarrollar las habilidades necesarias que permitan su autorregulación emocional.

Otros ejemplos de terapias de tercera generación de uso creciente son la terapia de activación conductual (Jacobson et al., 2001), la terapia conductual integrada de pareja (Jacobson y Christensen, 1996) y la terapia cognitiva con base en mindfulness (Segal et al., 2002). La terapia de activación conductual surgió a partir de un amplio estudio llevado a cabo por Jacobson sobre la eficacia de los diversos componentes de la terapia cognitivo-conductual para la depresión. Los resultados evidenciaron que la adición del componente cognitivo a la terapia de conducta no aportaba ningún beneficio al tratamiento. De hecho, el componente de activación conductual por sí solo se mostró tan efectivo como la terapia completa. A partir de este estudio se desarrolló la terapia de activación conductual, basada en el enfoque contextual y centrada en dos cuestiones básicas: qué condiciones ocasionan la conducta depresiva y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente. El objetivo de la terapia es romper el patrón de evitación conductual, que comporta la pérdida de reforzadores y perpetúa la situación depresógena en la que se encuentra la persona.

Jacobson también aplicó el modelo contextual a la terapia de pareja, desarrollando la terapia conductual integrada de pareja, en la que se aplican los mismos presupuestos de aceptación y cambio vistos hasta ahora. Finalmente, la terapia cognitiva con base en mindfulness se basa en el concepto de conciencia plena, proveniente de la meditación budista, que hace referencia a la capacidad de focalizar la atención en los pensamientos, emociones, sensaciones y estímulos que nos rodean en el aquí y el ahora, sin juzgarlos ni valorarlos. Se pretende así que la persona se centre en el presente y deje de lado la rumiación acerca de eventos pasados o futuros que caracteriza el estado de ánimo depresivo y ansioso.

Integración de enfoques

Algunos autores (por ejemplo, Goldfried, Castonguay y Safran, 1992) ponen de manifiesto la existencia de ciertas barreras sociales, epistemológicas y lingüísticas que, en la práctica, dificultan enormemente cualquier intento de integración científica. No obstante, la utilización de conceptos y variables pertenecientes a otros enfoques es, de hecho, muy frecuente entre los partidarios de uno determinado, buscando mejorar la parte descriptiva de sus modelos y complementar la explicativa. Así, por ejemplo, se han propuesto mecanismos de procesamiento de información para explicar los cambios conductuales que se alcanzan mediante procedimientos de terapia de conducta como la exposición (Lang, 1985), o para explicar el proceso básico de

condicionamiento pavloviano (Rescorla, 1988; Zinbarg, 1993; Wagner, 1981). Pero esa importación de conceptos no es suficiente, por sí sola, para hablar de integración. Para dar respuesta a esta necesidad de síntesis entre enfoques existen dos posibilidades: el eclecticismo o la integración. El eclecticismo propone una recolección de procedimientos específicos, teorías, problemas y objetivos, sea cual fuere su procedencia; la integración, en cambio, pretende una síntesis conceptual entre dos o más enfoques.

Existen múltiples ejemplos de integración de teorías o campos de investigación: la geometría analítica, la teoría sintética de la evolución, la psicología fisiológica o la psiconeuroendocrinoinmunología (que cuenta, según Bunge, con la palabra más larga del idioma español). Para que aparezca una nueva teoría o campo de investigación como resultado de la integración de teorías o disciplinas preexistentes se requiere que (Bunge, 1988):

Compartan algunos referentes, así como algunos conceptos que denotan tales referentes comunes.

Exista algún conjunto (que inicialmente puede ser un conjunto vacío) de fórmulas que relacionen los conceptos de una y otra teoría.

Tales fórmulas estén bien confirmadas.

El eclecticismo en psicopatología ha sido fomentado sobre todo desde el terreno de la psicoterapia, pero este tipo de recolección de procedimientos técnicos específicos solo permite alcanzar puntos triviales de convergencia entre los enfoques. La integración teórica siempre es más recomendable si lo que se busca es una buena síntesis de las alternativas existentes. Tales integraciones, sin embargo, suelen ser propuestas desde enfoques particulares, con lo que se corre el peligro de sobrevalorar las cualidades positivas del enfoque propio y minusvalorar las de los otros que se quiere integrar.

De los enfoques expuestos a lo largo de este capítulo, tal vez el contextual, ejemplificado en la práctica a través de las denominadas terapias de tercera generación, es el que muestra una mayor vocación integradora; pero si bien está claro que rechaza de forma coherente determinados supuestos y prácticas pertenecientes a algunos enfoques, a la vez que selecciona otros cuya procedencia también es diversa, todavía no se ha materializado formalmente tal integración. Esta deseable integración de teorías solo será posible aceptando que para la explicación psicopatológica deben admitirse tanto las relaciones causales intranivel (fenómenos psicológicos normales o

anormales que son explicados mediante mecanismos psicológicos) como las relaciones causales internivel y, dentro de estas, tanto las explicaciones «de abajo arriba» (que explican el comportamiento mediante mecanismos del nivel biológico) como las explicaciones «de arriba abajo».

Relaciones causales internivel «de arriba abajo» son las que explican el comportamiento mediante mecanismos sociales (es decir, que dan cuenta del comportamiento de organismos individuales atendiendo a sus relaciones con los sistemas de organismos –sistemas sociales– de los que forman parte). También son relaciones de este último tipo las que permiten explicar fenómenos fisiológicos mediante mecanismos psicológicos. De acuerdo con Ribes (1990), el comportamiento es la dimensión funcional del organismo en su interacción con el ambiente, y nada tiene de oscuro que las funciones biológicas no solo regulen las formas de comportamiento posibles, sino que a su vez se vean afectadas por el contacto funcional que estas formas de comportamiento tienen con las variables contextuales.

3-VALORACION DE LAS FUNCIONES MENTALES:

La dogmática de las funciones es en realidad la fragmentación del todo de la mente del individuo. El contenido de la conciencia de cada persona es la suma de varias funciones mentales como la conciencia, inteligencia, memoria, humor,...

Hay que tener claro que la alteración en una función mental puede llevar a una disfunción en otra. Ejemplo: el humor ansioso propicia dificultades de memorización; esto ocurre ya que estas funciones no existen por separado en la mente de la persona. Uno no es en determinado momento “sólo memoria”.

En un trastorno mental notaremos que hay diversas alteraciones en las funciones mentales, como ocurre con la demencia de Alzheimer. Es una enfermedad que afecta principalmente a la memoria, pero habrá cambios de humor en el paciente como desorientación temporal o en la voluntad.

También en la valoración de las funciones mentales, podemos dejar en claro, que debemos describir el estado psíquico actual de una persona.

Se basa en los datos obtenidos mediante la observación de la conducta no verbal...

...y el análisis del contenido verbal de lo expresado.

Tiene como propósito, obtener pruebas acerca de la presencia de signos y síntomas de algún trastorno mental.

En el examen psiquiátrico y las funciones mentales, es la descripción de datos sobre la conducta, comportamiento y actitudes observadas durante la entrevista.

Describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo con las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

Su valoración forma parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos.

La observación:

- **Apreciar todos los aspectos de la presentación y el comportamiento del paciente.**
- **La apariencia: sexo y edad – raza y antecedentes étnicos – estado nutricional – higiene y vestimentas – contacto ocular.**
- **Conciencia**
- **Comportamiento psicomotor**
- **Postura**
- **Movimientos psicomotores**
- **Movimientos que expresan afecto**
- **Movimientos complejos anormales**

La conversación:

- **Se refiere a la comunicación indirecta, casual con el paciente.**
- **Atención y concentración**
- **Lenguaje y pensamiento**
- **Pensamiento**
- **Orientación**
- **Memoria**
- **Afecto**
- **Dimensiones primarias y secundarias del afecto.**

La Exploración:

- **Método para acceder a las experiencias internas y ocultas del paciente.**
- **Estado de ánimo**
- **Nivel de energía**
- **Percepción**

- Etapa I: informe de alucinaciones previas que ahora han cesado. Introspección de su naturaleza mórbida.
- Etapa II: alucinaciones experimentadas en el pasado, no están presentes, el paciente cree que eran reales.
- Etapa III: las alucinaciones han sido experimentadas recientemente, pero el paciente se niega a hablar de ellas.
- Etapa IV: habla de sus alucinaciones, pero no actúa conforme a ellas.
- Etapa V: el paciente actúa con relación a sus alucinaciones. Obedece y responde a ellas.
- Contenido del pensamiento:
- Tendencias suicidas y homicidas
- Ideas delirantes
- Fobias
- Obsesiones
- Compulsiones
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente.
- Conversión
- Disociación
- Crisis paroxísticas ("ataques")
- Desmayo (síncope)
- Crisis narcolépticas
- Crisis del gran mal
- Seudocrisis
- Convulsiones parciales complejas
- Crisis de angustia
- Crisis amnésicas
- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Crisis hipoglucémica
- Amnesia global transitoria
- Crisis de isquemia transitoria
- Capacidad ejecutiva
- Introspección o conciencia de enfermedad.
- Juicio.

.....

ii) JUICIO DE REALIDAD:

Es la capacidad de diferenciar el "yo" del "no-yo", distinguir el origen de los diferentes estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico y de mantener criterios de realidad socialmente aceptados.

El juicio de realidad está mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no obstante, en las psicóticas hay un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.

Este criterio se evalúa en tres etapas:

1. **Presencia/ausencia de alucinaciones o ideas delirantes:** si en ese momento las tiene, significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas "¿qué le parece lo que le pasó?" – si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes), por el contrario, si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún está perdido.
2. **Manutención de criterios sociales:** si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta "*yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene al o sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío?*". Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.
3. **Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos:** este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran.

.....

iii) DELIRIO:

Es sinónimo de SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL AGUDO, PSICOSIS SINTOMÁTICA, SÍNDROME CONFUSO-ONÍRICO, ESTDO CONFUSIONAL, REACCIÓN EXÓGENA (BONHOEFFER).

Se define como un deterioro agudo y global de las funciones superiores. Sus datos más característicos son el deterioro del nivel de conciencia y las alteraciones de la atención/concentración. Su inicio es brusco (horas o días) y su curso, fluctuante y autolimitado, pudiendo en ocasiones persistir déficits cognitivos residuales.

Su pronóstico depende de la causa subyacente.

Existe una disfunción cerebral generalizada cuya causa más frecuente es extracerebral. Es el trastorno mental más frecuente en pacientes médicos ingresados (5-15%) sobre todo en unidades de cuidados intensivos.

Están predispuestos los niños, los ancianos, los pacientes con deterioro cerebral (Alzheimer, TCE, ACVA), los pacientes polimedicados, los que abusan de sustancias, etc.

Se inicia con un descenso del nivel de conciencia e inatención, con respuestas exageradas ante estímulos bruscos. Al principio, sólo se detectan faltas de atención, concentración y desorientación (temporal al inicio, luego espacial). Conforme se agrava, se desestructura el pensamiento (incoherente, enlentecido, de contenidos con frecuencia delirantes – persecutorios, influidos por la personalidad del paciente, transitorios y no sistematizados, y la percepción – ilusiones y alucinaciones visuales, escenográficas y fantásticas, en ocasiones también auditivas o táctiles).

Es típica la inversión del ciclo vigilia/sueño (somnolencia diurna, empeoramiento nocturno).

El estado de ánimo del paciente oscila entre lo ansioso (con despersonalización/desrealización) y lo depresivo, pudiendo parecer lábil, perplejo o asustado.

Es frecuente el déficit de memoria, con distorsiones (paramnesias) y amnesia lacunar del episodio.

La conciencia de la enfermedad suele ser escasa.

Se diferencian 3 patrones, según la alteración de la conducta (en cualquier caso, es repetitiva y sin finalidad):

1. **AGITADO:** hiperactividad, irritabilidad, agitación, inquietud, hiperreactivo, síntomas psicóticos, con hiperactividad simpática (taquicardia, sudoración, taquipnea); se corresponde con el clásico "delirium" (p.ej. delirium tremens por abstinencia del alcohol).
2. **ESTUPOROSO:** letargo, inhibición, inactividad, lentitud, lenguaje escaso, perseverancia, no psicosis, sin síntomas "vegetativos"; recibe también el nombre de "síndrome confusional agudo".
3. **MIXTO:** es el más frecuente, con estupor durante el día y agitación nocturna. En ambos casos, hay que hacer un diagnóstico diferencial con causas psiquiátricas de agitación o estupor (manía, depresión, trastornos psicóticos, ansiedad).

Con estas herramientas la prevención y detección temprana de la conducta delictiva es posible.

.....
IV)- ALUCINACIONES:

Alucinaciones (o alucinación vera): "Es la percepción sin objeto real".

Tiene las características de la percepción: corpóreo; externo; completo; con la "frescura" que da lo sensorial (es decir, se percibe muy claramente). Por ejemplo, la alucinación visual de animales o insectos que describen quienes presentan un Delirium por abstinencia de alcohol.

Tipos de alucinación: (Según el órgano sensorial comprometido o alterado)

- auditivas; visuales; olfativas y gustativas; Táctiles; Cenestésicas (propio o enteroceptivas); Hipnagógicas (al dormir) o Hipnopómpicas (al despertar);

El juicio que se hace de la alucinación es variable: desde tener la certeza absoluta de que está ocurriendo y dar una interpretación a la alucinación (llamado "interpretación delirante") hasta considerarla como insólita, irreal y donde se reconoce el carácter patológico de la misma. Esto último se denomina ALUCINOSIS.

La representación, en cambio, son imágenes que surgen en la conciencia, reconocidas como un producto de sí misma; carecen de vivacidad, nitidez y frescura sensorial, son íntimas y ocurren en el espacio subjetivo. Dependen totalmente de la actividad psíquica y pueden ser modificadas por la voluntad. Se diferencian claramente de la percepción ya que pueden ser basadas en algo percibido anteriormente (por ejemplo, la representación mnésica o recuerdo

invocado por la memoria) o en algo percibido previamente con variaciones o lo totalmente creado o fantaseado.

Tipos de representaciones: MNEMICAS: (Recuerdo); FANTÁSTICA: (Imaginación) IMAGEN

EIDÉTICA O INTUITIVA (imágenes de objetos ya vistos). Se inducen a voluntad. IMAGEN

ONÍRICA: Imágenes o contenidos de los sueños.

Los Trastornos de la Representación son llamados "Pseudoalucinaciones". Se diferencia de la

alucinación de la misma forma en que se distinguen la representación y la percepción normal.

Tipos de Pseudoalucinaciones:

- **Pseudoalucinaciones auditivas o verbales:** por ejemplo: el "eco del pensamiento" dentro de la cabeza; o "inserción del pensamiento..."
- Las Pseudoalucinaciones visuales donde, por ejemplo, se observa con los ojos cerrados.
- Las Pseudoalucinaciones verbo-motoras, por ejemplo, donde el sujeto cree que a través de él hablan otras personas.
- Las Pseudoalucinaciones del recuerdo: aparece un recuerdo en la mente del sujeto que nunca ha ocurrido.

Otras consideraciones de : Alucinaciones

Consisten en percibir cosas como visiones, sonidos u olores que parecen reales, pero no lo son. Estas cosas son creadas por la mente.

Consideraciones:

Las alucinaciones frecuentes pueden incluir:

- Experimentar sensaciones en el cuerpo, como la sensación de arrastrarse sobre la piel o el movimiento de órganos internos.
- Escuchar sonidos, como música, pasos, ventanas o puertas que se golpean fuertemente.
- Escuchar voces cuando nadie ha hablado (el tipo más común de alucinación). Estas voces pueden ser positivas, negativas o neutrales. Pueden ordenarle a alguien hacer algo que puede causarle daño a sí mismo o a otros.
- Ver patrones, luces, seres u otros objetos que no existen.
- Percibir un olor.

Algunas veces, las alucinaciones son normales. Por ejemplo, escuchar la voz de un ser querido que ha muerto recientemente o verlo por un momento puede ser parte del proceso de duelo.

Causas

Existen muchas causas de las alucinaciones, como:

- **Estar ebrio o drogado o abstenerse de drogas tales como marihuana, LSD, cocaína (incluso crack), PCP, anfetaminas, heroína, ketamina y alcohol**
- **Delirio o demencia (las alucinaciones visuales son las más comunes)**
- **Epilepsia que involucra una parte del cerebro llamada lóbulo temporal (las alucinaciones de olores son las más comunes)**
- **Fiebre, especialmente en niños y gente mayor**
- **Narcolepsia (trastorno que causa que la persona caiga en periodos de sueño profundo)**

- **Trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia y la depresión psicótica**
- **Problema sensorial como ceguera o sordera**
- **Una enfermedad grave como insuficiencia hepática, insuficiencia renal, VIH/SIDA y cáncer del cerebro.**

El concepto de alucinación tiene su origen en el término latino allucinatio. Se trata de la acción de quedar alucinado o llegar a alucinarse, es decir, a quedar confundido o desvariar. Este verbo también puede hacer referencia a sorprender, asombrar o deslumbrar.

El primero que supo definirla fue el psiquiatra Jean-Étienne Dominique Esquirol en 1837, quien determinó que se trataba de percepciones sin objeto, esto significa que no existen elementos en el mundo exterior que puedan realmente provocarlas.

Es decir que una alucinación consiste en una sensación de carácter subjetivo que no está anticipada por una impresión que influya sobre los sentidos. En otras palabras, se trata de una percepción falsa porque no hace referencia a ningún estímulo físico exterior concreto pero que, sin embargo, la persona asegura sentir.

Los especialistas consideran que la alucinación es una pseudo-percepción. No es lo mismo que una ilusión, ya que ésta consiste en percibir estímulos de manera distorsionada. Las alucinaciones, indican los expertos, pueden tener lugar bajo múltiples modalidades sensoriales: visual, auditiva, táctil, olfativa, gustativa, etc.

Como experiencia, la alucinación es estudiada por diversas ciencias, como la psicología, la psiquiatría y la neurología. El concepto suele ser mencionado en enfermedades como la esquizofrenia y la epilepsia, en el consumo de estupefacientes, en las experiencias místicas y religiosas, y hasta en los trastornos del sueño.

En el libro «Don Quijote de la Mancha» pueden hallarse varios momentos en los que el protagonista es víctima de alucinaciones y le brinda elementos fantásticos a la realidad, los cuales los había extraído de las novelas de caballería que había leído previamente con voracidad. Para él todo aquello ocurría tal cual lo veía, aunque los gigantes no eran otra cosa que molinos de viento y su precioso Rocinante era un caballo viejo y huesudo.

Alucinación y esquizofrenia

En la esquizofrenia la forma más común en la que se presentan las alucinaciones es a través de voces que se refieren al enfermo dándole órdenes, muchas veces escuchan su propio pensamiento que se les escapa y suena hacia afuera, de modo que todos pueden escucharlos.

Existen varios tipos de alucinaciones, de acuerdo con la forma en la que afectan a la persona pueden ser. Para la mayoría de ellas existen explicaciones científicas, sin embargo, aquellas que carecen de una suelen ser explicadas como fenómenos paranormales:

Visuales: Imágenes más o menos claras, pueden ser destellos, escenas claras o flash o apariciones organizadas. Son las más frecuentes junto con las auditivas y suelen sucederse de la obnubilación de la conciencia.

Auditivas: estímulos que se perciben a través de la audición, pueden ser silbidos, golpes, palabras sin sentido aparente o frases directas con instrucciones. Una de las particularidades de este tipo de alucinaciones es que quien las padece puede decir con exactitud en qué lugar físico se encuentra aquel que les habla. Suele presentarse en enfermos de esquizofrenia u otro padecimiento crónico y las consecuencias pueden ser que el afectado realice todo tipo de acciones perjudiciales provocadas por ese estado.

Olfativas: se perciben a través del olfato y suelen ser causa de temores, en el caso de los esquizofrénicos, por ejemplo, pueden notar el olor de gases venenosos que alguien ha desprendido con deseos de matarle. Otros casos en los que suelen aparecer es en enfermos de epilepsia o depresión crónica.

Táctiles: Sensaciones que se perciben a través de la piel. Se presenta por ejemplo en pacientes adictos a la cocaína durante períodos de abstinencia, perciben como si un insecto se moviera por encima y debajo de su piel. Pueden presentarse como vibraciones, shocks eléctricos, sensaciones sexuales o vientos fríos o cálidos que rozan el cuerpo y se dan sobre todo en enfermos de esquizofrenia con un estado crónico de la enfermedad.

Gustativas: agregan a la comida un sabor diverso al que posee. En pacientes de esquizofrenia suele darse que ante el miedo a ser envenenados sienten gusto raro en lo que ingieren. También suele presentarse en enfermos de epilepsia.

Somáticas: se presenta en individuos con una afección de esquizofrenia severa y consiste en sensaciones propioceptivas, con dolores en la cabeza o el cuerpo que físicamente no existen. De este tipo de alucinación se desprende el delirio zoopático, que implica la sensación de tener un animal dentro del organismo, los pacientes aseguran sentirlo y saberlo.

Las consecuencias de una alucinación pueden ser: inseguridad y miedo, agresión hacia uno mismo, otras personas u objetos, incapacidad de diferenciar entre lo que es real y lo que es producto de la imaginación, culpa y vergüenza al reconocer experiencias alucinatorias, manipulación (evadir responsabilidades a causa de las "alucinaciones"), ideas delirantes, entre otras. Es imprescindible que aquellos que las padecen sean eficientemente tratados a fin de proporcionarles seguridad en ellos mismos y en su entorno, interrumpir el ciclo de las alucinaciones, llevándolas a términos racionales a fin de que el paciente pueda reconocerlas y disminuya la ansiedad que ellas le generan.

Por último, cabe mencionar que entre las teorías acerca de la causa de las alucinaciones, las más extendidas son aquellas que señalan déficit en el trabajo normal del cerebro y de los vínculos sinápticos entre las células ciliadas y las que se encuentran en el tallo encefálico y en los lóbulos occipital-temporal. Sin embargo, más allá de esto, diversos estudios han demostrado que las situaciones de tipo alucinatorio son frecuentes a nivel general. Alrededor del 10% de los individuos experimenta alucinaciones sutiles o leves. Incluso el 39% de las personas ha experimentado alguna vez una alucinación severa.

.....
V)- TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO:

Pensamiento

Entendemos por pensamiento al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico).

Podemos, entonces, entender como pensamiento normal, aquel en que el observador puede

seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, que respeta las reglas fundamentales de la lógica y que cumple un objetivo o meta.

Se desprenden de esta descripción distintos niveles para analizar el pensamiento: estructura o curso formal del pensamiento; el contenido del pensamiento; la velocidad del pensamiento; y el control del pensamiento.

Para observar la estructura del pensamiento, es necesario poner atención al uso que el paciente da a las palabras, su concordancia con usos gramaticales, y los principios lógicos inherentes al discurso como son el orientarse a una meta y respetar el principio, por ejemplo de no contradicción.

Características del Pensamiento Normal:

ES ORGANIZADO (A NIVEL ESTRUCTURAL): se organiza de la siguiente manera: Cada uno tiene un universo de ideas, este es el "contenido", una idea puede adquirir mayor relevancia (mayor carga afectiva e interés), a ésta se denomina: **IDEA DIRECTRIZ** la cual es el tema central del pensamiento en un momento determinado, esta idea se va desplazando, lo que se llama "Curso" (Desarrollo del tema) que se dirige a una finalidad del pensamiento que es exponer el tema central. La idea directriz tiene 2 funciones:

- Rige el curso del pensamiento.
- Permite que el pensamiento llegue a su finalidad.

También existen las **IDEAS SECUNDARIAS** que son aquellas que pueden tener una mayor o menor relación con la idea Directriz. Complementando la idea central.

El pensamiento normal se caracteriza por:

- **SER COHERENTE:** No tiene estructura aleatoria, el pensamiento normal se estructura en base a las leyes de asociación (son las que estudia la lógica) Ej. Principio de la no contradicción.
- **SER FLEXIBLE:** Es a capacidad reflexiva y de corrección de las ideas.
- **TENER UN POTENCIAL PRÁCTICO y COMUNICATIVO:** Se refiere a que el pensamiento es concebido como un ensayo de acción o que tienen la potencialidad de llevar a cabo acciones concretas y de comunicación efectiva con sí mismo y con otros.

La velocidad del pensamiento se refiere a que las ideas requieren de un tiempo suficiente para que sean ordenadas e hiladas y puedan dirigirse a un objetivo, donde la idea central se acompaña de detalles necesarios para una adecuada comunicación. La velocidad del pensamiento es subjetiva, pero puede observarse externamente a través del lenguaje.

El contenido del pensamiento, son las ideas y éstas son configuradas a partir de las experiencias y el conocimiento que adquirimos del mundo que nos rodea. A través de las ideas

interpretamos nuestras experiencias internas y externas. Las ideas están directamente relacionadas con el desarrollo cognitivo. Por ejemplo, en la niñez nuestras ideas son concretas debido a que no se cuenta con el desarrollo cognitivo para elaborar ideas lógico-abstractas.

Existen infinitos tipos de ideas, los cuales podemos agrupar, por ejemplo, en ideas que hablan sobre ciertos temas: ideas religiosas o místicas; ideas sobre sí mismo; ideas de daño o persecutorias; ideas mágicas o supersticiosas; etc.

El control del pensamiento se refiere a que somos capaces de dominar lo que pensamos; a que nuestros pensamientos son propios y a que somos capaces de controlar su aparición o término.

Algunos textos de psicopatología incorporan el lenguaje en la evaluación del pensamiento (ya que es a través del cual se expresa el pensamiento). El lenguaje será analizado en la sección Instrumentos del Vivenciar.

Alteraciones de la estructura del pensamiento:

PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL O DETALLISTA: Tipo de pensamiento existe una dificultad para distinguir lo esencial de lo accesorio. Se "Rodea" la idea central o directriz con un excesivo uso de detalles. Se ha descrito como un pensamiento "de relleno". Se observa, por ejemplo, en patologías donde hay alguna disfunción cognitiva (por ejemplo, en alteraciones cognitivas secundarias al consumo crónico de OH).

PENSAMIENTO TANGENCIAL: Flujo de ideas relacionadas entre sí, que no llegan a la idea principal o respuesta. Se interpreta que se evita el tema central ya que genera una intensa angustia.

PENSAMIENTO ESCAMOTEADOR: Se evita un tema en forma voluntaria. Se relaciona con una conducta oposicionista y donde logra observarse una ganancia secundaria al no responder lo preguntado.

PARA RESPUESTA O RESPUESTA DE LADO: Es una respuesta en general más breve, donde se responde una idea que no tiene ninguna asociación con lo preguntado. Se presenta, por ejemplo, en la psicosis.

PENSAMIENTO CONCRETO: Se aprecia donde existe un déficit en la capacidad abstracción y generalización (en aquellas personas donde, por edad, debieran observarse un pensamiento abstracto). No logra inducir o deducir otras ideas de una central o de

referencia. Se observa en la discapacidad intelectual o en patologías donde hay alguna disfunción cognitiva secundaria.

CONCRETISMO REIFICANTE: Alteración de la estructura del pensamiento donde las ideas abstractas son "invadidas" por un pensamiento concreto. Es una alteración de la estructura del pensamiento observada en la esquizofrenia.

PENSAMIENTO PERSEVERATIVO: Repetición de ideas, frases o palabras. Asociado a un pensamiento concreto. La respuesta tuvo relación en un primer momento con la pregunta realizada.

PENSAMIENTO RESTRINGIDO O POBREZA DE PENSAMIENTO: El universo de las ideas se encuentra restringido o limitado o escasos temas. Las respuestas son breves por ausencia de riqueza ideacional.

PENSAMIENTO PUERIL (de "púber") O INFANTIL: Se refiere a pensamientos con contenidos muy simples o superficiales donde se usan parámetros propios de la niñez (Egocentrismo, pensamiento mágico, o animismo).

PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO: Se relaciona con la repetición de una idea, pero no necesariamente desde el pensamiento concreto o desde la perseverancia. La respuesta no tiene que ver con lo que se pregunta.

NEOLOGISMOS: Se refiere a la creación o deformación de palabras que tienen un significado especial solo para quien los emite, pero que resulta incomprensible desde los consensos de nuestro lenguaje. Quienes presentan neologismos, no los explican a sus interlocutores. Son propios de la psicosis.

Se pueden generar por medio de 3 mecanismos:

Contaminación: Fusión de sílabas de distintas palabras.

Condensación: Fusión de conceptos. Ej. Hosquear = asco-hocico-besar.

De uso: Incorrecta utilización de palabras en una frase. "Voy a subir encendidamente la escalera..."

Onomatopoyesis: Palabra que surge en base al ruido al que se quiere hacer referencia **METÓMINOS:** tipo de neologismos. Uso de conceptos aproximados en vez de los que habitualmente se usan.

ASOCIACION POR CONSONANCIA: Construye su discurso en base a los sonidos de las palabras

más que en el significado. El resultado son asociaciones laxas del pensamiento (ver más abajo).

BLOQUEOS: Se refieren a una detención en el discurso del sujeto.

Por lo general, no se retoma

la idea de lo que estaba hablando. En ocasiones hay una asociación con el fenómeno de mente

en blanco. Se observa en cuadros psicóticos.

MENTE EN BLANCO: Períodos breves o largos en el que no se tiene ningún pensamiento, lo que lleva a que el paciente no hable. Puede traducirse en un franco mutismo. Se observa en cuadros psicóticos.

PENSAMIENTO AMBIVALENTE: Aparece una idea y su opuesta simultáneamente, sin tener conciencia de vulnera el principio de no contradicción. Se observa en cuadros psicóticos.

PENSAMIENTO DISGREGADO: Consiste en la pérdida del principio de finalidad, es decir, no existe un concepto hacia el cual apunte el pensamiento. El pensamiento tiende a "descarrilarse" o "desordenarse". Al interlocutor le cuesta comprender lo que se intenta decir.

Pueden aparecer neologismos, pensamientos estereotipados, ideas bizarras, concretismo reificante; ambivalencias y otras alteraciones del curso formal del pensamiento. Para el individuo, existiría una "lógica interna", por lo cual no está consciente del desorden del pensamiento. El pensamiento disgregado tiene un grado menor de alteración, denominado pensamiento "laxo" o "laxitud de las asociaciones" y un grado extremo denominado "Ensalada

de palabras o Jergafasia". Propio de cuadros psicóticos, especialmente esquizofrenia.

PENSAMIENTO INCOHERENTE: Pensamiento en que también está perdido el principio de finalidad, sin embargo, las ideas "saltan" sin conexión. Da la impresión de que el paciente no tiene control sobre las ideas ni su discurso tendría una "lógica interna". Se asocia con diferentes grados de compromiso de conciencia.

Alteraciones del contenido del pensamiento

La evaluación del contenido ideacional se refiere a las ideas que transmitimos y que queremos

comunicar. Evidentemente existen infinitos contenidos del pensamiento como personas que

los emiten (por ejemplo, ideas de culpa, ideas de muerte, ideas suicidas, ideas acerca de sí mismo, ideas sobre los otros, ideas sobre la realidad, ideas sobre nuestros problemas o dificultades, etc). Sin embargo, la evaluación del contenido implica no solamente si estos son

delirantes o no, sino que también, con cuánta intensidad cognitiva y emocional son presentados; el juicio que podemos tener acerca de nuestras ideas, entre otros aspectos. Las

ideas pueden observarse en un "continuo" Por ejemplo, las ideas de celos pueden ser normales y esperables (por ejemplo, en una situación real de infidelidad); pueden ser "sobrevaloradas", donde la persona reconoce que son excesivas, de alta intensidad emocional, pero que las reconoce como tales; y finalmente la idea

de celos puede ser delirante cuando se afirma con certeza y no corresponde a la realidad.

IDEAS DELIRANTES

Según Jaspers, las ideas delirantes son apodícticas (certeza y convicción inamovible), incorregibles (con argumentaciones o influenciadas por la experiencia) y absurdas (incomprensibles e imposibles, donde el delirio es una realidad). Se pierde el juicio de la realidad. Detrás del concepto de juicio de realidad, está implícito el concepto de consenso de realidad que compartimos en las diferentes sociedades. Por ejemplo, para ciertas culturas, hay creencias que para otras pueden ser absurdas e incomprensibles, pero no por eso delirantes.

Dentro del juicio de realidad debe estar la comprensión de las cosas de una forma intercultural.

Por ejemplo, al exponer una creencia propia de mi cultura, debo tener la capacidad de comprender que es una creencia que puede no ser compartida por otros.

Se dividen en 3 grupos:

1) **IDEA DELIRANTE PRIMARIA:** La idea relatada es incomprensible y surge desde una vivencia patológica, interna y subjetiva. No logra reconocerse el origen de la idea. Por ejemplo, el paciente esquizofrénico refiere con certeza, que está siendo grabado por cámaras en todos los lugares donde va.

Para Schneider, psicopatólogo clásico, las **IDEAS DELIRANTES DE PRIMER ORDEN** (o primarias) tienen su origen en:

a. **PERCEPCIONES DELIRANTES PRIMARIAS:** Lo que se percibe se interpreta o se le da una significación delirante. Por ejemplo, "...las personas que conversan en la calle están hablando de mí y planificando algo en mi contra..." (lo que se plantea con certeza delirante).

b. **OCURRENCIAS DELIRANTES:** Las ideas delirantes se asocian a Pseudoalucinaciones o a ideas propias del individuo. Es una idea delirante primaria por definición.

2) **IDEA DELIROIDE:** Las ideas surgen desde el estado de ánimo del paciente. Por ejemplo, en el episodio maníaco, aparecen ideas de tener muchos proyectos y capacidades que son secundarios a la euforia. Se denominan también ideas "catatímicas".

3) **IDEA DELIRIOSA:** Surgen en pacientes con compromiso cuantitativo de conciencia o estados confusionales. Son cambiantes, transitorias, inestables. Propias del Delirium.

Las ideas delirantes pueden relacionarse con sí mismo o con el entorno y la relación con otros.

Las ideas delirantes con relación a sí mismos pueden ser: hipocondríacas, de culpa, de ruina, de filiación, de grandiosidad; místicas; de fragmentación; de contaminación; de transformación; por nombrar algunas. Las ideas delirantes con relación al entorno pueden ser de persecución; desrealización; de celos; de contaminación; por nombrar algunas.

CONCEPTOS RELACIONADOS:

DELIRIO: Conjunto de ideas delirantes

DELIRIO SISTEMATIZADO: A partir de una idea delirante originaria, se va construyendo un sistema delirante.

DELIRIO ENCAPSULADO: Ideas delirantes a las cuales el paciente presta escasa atención y que tienen poca incidencia en la vida diaria del paciente.

RACIONALISMO MÓRBIDO: Conjunto de ideas anormales con las cuales se intentan explicar las ideas delirantes. Se ven claramente influenciadas por la disgregación del pensamiento.

Alteraciones de la velocidad del pensamiento:

Es la experiencia subjetiva de la velocidad del pensamiento, que se manifiesta internamente (por ejemplo, "siento mis pensamientos muy acelerados...no puedo parar de pensar...") y la mayoría de las veces se puede objetivar a través del lenguaje (llamado verborrea).

1) **TAQUIPSIQUIA:** Aumento de la velocidad del pensamiento.

Puede llevar a:

a. **Pensamiento ideo-fugal:** El sujeto salta de un tema a otro, por lo general tomando elementos del mundo externo y los incorpora en su discurso (hiperatento). Se asocia a un estado de ánimo exaltado o euforia. A pesar del aumento de la velocidad, lo podemos entender, y seguir los "saltos" entre las ideas y nos resulta comprensible y contagioso desde la afectividad.

b. **Fuga de ideas:** Asociado a un grado máximo de taquipsiquia. Encontramos que la asociación de ideas se ve incomprendible y no se logra establecer una relación entre las ideas.

2) **BRADIPSIQUIA:** Disminución de la velocidad del pensamiento. Se traduce en una inhibición del pensamiento y el sujeto lo manifiesta de tal forma: "me cuesta pensar...siento mis pensamientos lentos..." y se observa generalmente en cuadros depresivos. Puede llegar a la ausencia total del pensamiento (por ejemplo, en un estupor depresivo).

Alteraciones del control del pensamiento

Es una vivencia subjetiva en la cual los sujetos reconocen ideas propias que no logra controlar.

Son intrusivas, es decir, "aparecen" sin control subjetivo. Muchos de los contenidos se reconocen como absurdos o sin sentido (diferencia fundamental con la idea delirante) pero no puede deshacerse de ella.

IDEA OBSESIVA: Idea recurrente, intrusiva, de diferentes contenidos. Los más frecuentes son ideas obsesivas de duda, contaminación, simetría o de carácter religioso-culposo. También pueden ser recuerdos obsesivos. El contenido no necesariamente es absurdo, pero sí la persistencia, penetrancia y repetición de la idea. Son, en general, egodistónicas (generan malestar), aunque en casos de ideas obsesivas crónicas, pueden ser egosintónicas (no generan malestar y son vividas como parte de lo cotidiano).

IMPULSOS OBSESIVOS O COMPULSIONES: Impulso determinado a realizar determinados actos que son absurdos para el sujeto (por las características del acto) y tienen una persistencia incontrolable. Pueden o no estar relacionados o en respuesta a una idea obsesiva. Pueden transformarse en francos rituales que con frecuencia son vividos con un carácter mágico, es decir, que el hacerlo o no hacerlo, aumenta las probabilidades de que algo ocurra o no ocurra. Por ejemplo, "el girar la llave de mi casa 10 veces hará que no la roben".

TEMORES OBSESIVOS O FOBIAS: Temores que se imponen frente a situaciones u objetos. Generalmente no son justificados o proporcionales. Se relaciona con conductas evitativas de lo que se teme.

IDEAS FIJAS: Idea repetitiva, que en ocasiones provienen de una situación afectiva y que pierde fuerza a través del tiempo.

.....

VI)-EMOCIONES Y AFECTIVIDAD:

La emoción es un movimiento afectivo que se presenta como la reacción ante estímulos externos o internos. Son fugaces, momentáneos, de gran intensidad, y de exteriorización inmediata y evidente. Se relaciona con respuestas autonómicas. Por ejemplo, una reacción emocional de rabia o angustia o intensa alegría.

Los sentimientos son movimientos afectivos más estables y duraderos en el tiempo, que habitualmente no comprometen algún componente fisiológico. Por ejemplo, el sentimiento de tristeza con relación a un duelo.

El estado de ánimo o humor básico es el estado más permanente o basal. El cambio del estado de ánimo es un cambio que compromete el sentimiento y las emociones. Puede comprometer aspectos fisiológicos como el apetito, sueño o la sexualidad. Las dos principales alteraciones del estado de ánimo son la depresión y la manía. A continuación, se definen los principales estados afectivos.

ANSIEDAD: Estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos (ej. Taquicardia) ligados a un estado de alerta y se vivencia con tensión y preocupación. Tiene diferentes intensidades (desde la ansiedad "normal" hasta la ansiedad "patológica").

	ANSIEDAD NORMAL (reacción adaptativa)	ANSIEDAD PATOLÓGICA (reacción desadaptativa)
GATILLANTE	Existe un gatillante claro. existe una relación temporal entre la reacción ansiosa adaptativa y el gatillante.	Puede existir un gatillante. El gatillante a veces no es proporcional a la reacción ansiosa. Puede no existir gatillante o ser extemporáneo.
IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD	Sin impacto o limitado y transitorio.	Alto impacto.
INTENSIDAD	Leve- moderada, pero adaptativo	Alta, desadaptativo.
DURACIÓN	Proporcional al gatillante y desaparece con éste.	Persiste cuando el gatillante desapareció o reaparece sin un gatillante.
ASPECTOS FISIOLÓGICOS	Ausentes o leves.	La mayoría de las veces presentes y de intensidad que genera un

		malestar.
--	--	-----------

TENSIÓN: sentimiento de inquietud física, de elevada excitabilidad, que despierta en el observador la sensación que el paciente puede reaccionar en cualquier momento.

TRISTEZA: Estado afectivo de pena, amargura, desesperanza, desamparo, pesimismo, abatimiento y desánimo.

ALEGRÍA: Estado afectivo caracterizado por el optimismo y el bienestar.

EUFORIA: Estado afectivo en que el paciente experimenta un sentimiento de ánimo elevado caracterizado por un bienestar psíquico y físico que no corresponde al estado de ánimo habitual del sujeto. Se caracteriza por ser **EXPANSIVO**, donde se expresan los sentimientos sin inhibición e incorporando a los otros y a su entorno.

AFECTO HEBOIDE: Estado afectivo caracterizado por la superficialidad y lo no contagioso, que muchas veces es inadecuado a la situación o circunstancia. Puede ser "payasero" o "chancero".

AFECTO PUERIL: Estado afectivo en que el acento este puesto en la apariencia ingenua, inocente y muchas veces infantil.

CHANCERÍA: estado afectivo caracterizado por la displicencia, que mezcla humor con una conducta desafiante.

DEPRESIÓN O ANIMO DEPRESIVO: Disminución cuantitativa del estado de ánimo, que es vivida por el sujeto como un sentimiento de tristeza la mayor parte del tiempo. Generalmente existe algún compromiso fisiológico y/o cognitivo.

DESÁNIMO: Similar al ánimo depresivo. El acento este puesto en la incapacidad del sujeto de entusiasmarse para iniciar una actividad, es característico de los cuadros depresivos.

ANHEDONIA: Pérdida en diferentes grados de la capacidad para sentir placer.

APATÍA: Estado afectivo que se caracteriza por la ausencia de respuesta emocional frente a sí mismo y al mundo. Viene del desinterés.

LABILIDAD AFECTIVA: Reacciones emocionales asociadas a la tristeza. Generalmente es una reacción emocional que aparece con estímulos mínimos.

Son intensos y muchas veces de corta duración.

IRRITABILIDAD: se refiere a una excesiva sensibilidad en que el paciente tiende a reaccionar de forma impaciente, tensa y agresiva.

DISFORIA: Estado afectivo que se caracteriza por una oscilación entre un estado de tristeza y ansiedad, con sensación de irritabilidad, desagrado, e inquietud.

SENTIMIENTO DE CULPA: Sentimiento de remordimiento por acciones o pensamientos, que requieren algún tipo de castigo.

SENTIMIENTO DE MINUSVALÍA: Sentimiento de inutilidad, incapacidad e indecisión donde se pierde la confianza en las propias capacidades.

APLANAMIENTO AFECTIVO: Disminución de la capacidad de respuesta emocional y modulación de los afectos. Impresiona como indiferencia emocional, con una disminución de la capacidad de empatía. Aparecen como distantes y lejanos tanto en el transmitir sus propias emociones o sentimientos como en la respuesta a emociones ajenas.

AMBIVALENCIA AFECTIVA: Presencia simultánea de sentimientos opuestos.

DISCORDANCIA IDEO-AFECTIVA: La observación de un estado afectivo contrario a lo que el sujeto está describiendo o vivenciando.

PERPLEJIDAD: estado afectivo caracterizado por angustia, extrañeza y asombro frente a situaciones extrañas o nuevas. Se vive con desconcierto.

MIEDO: Vivido como una reacción emocional frente a una situación de la cual hay que huir o bien enfrentar con todas sus energías. Tiene un componente psico-fisiológico, muy similar a la ansiedad, pero en el miedo el sujeto es capaz de identificar la causa que le provoca este estado. Lo más intenso es el PAVOR; y en un grado menor es el TEMOR.

PÁNICO: Se refiere a un estado afectivo episódico en el que el paciente vive una intensa y aguda ansiedad. Está acompañado de sensaciones de temor y cambios psico-fisiológicos. Siente una necesidad imperiosa de Huir. Tiene la vivencia del TERROR, en que algo puede ocurrir con grave perjuicio para sí mismo u otros.

HUMOR PARANOIDE: estado afectivo relacionado con la desconfianza y vivenciado con tensión, en que existe la impresión de que los demás ocultan o tramán algo perjudicial para el sujeto.

HOSTILIDAD: estado afectivo que involucra una conducta francamente agresiva con los demás.

RETICENCIA: estado afectivo caracterizado por la desconfianza extrema o suspicacia.

INCONTINENCIA AFECTIVA: Evidente incapacidad para contener las emociones. Muchas veces surge una emoción sin un claro gatillante.

DISOCIACIÓN IDEO-AFECTIVA: Separación o no contacto entre la respuesta emocional y la experiencia que el sujeto vive o siente.

.....

....

VII)- MEMORIA:

Se define como la capacidad de almacenar y recuperar información.

Clasificaciones basadas en los distintos aspectos de la memoria:

1) Visual (izquierda) o Verbal (derecha) de acuerdo con el tipo de material almacenado.

2) Explícita (verbalizable) o Implícita (en la ejecución de una tarea) forma de actualizar el material aprendido.

3) Semántica (recuerdo de significados) o Episódica (con relación a un espacio temporal

→ es el recuerdo de significados.

4) Memoria de corto plazo o de largo plazo (que a su vez se divide en: "reciente o de fijación" - aprendizaje de información recuperable en minutos o pocos días - ; y "remota o de evocación" - eventos antiguos, autobiográficos---se refiere al tiempo transcurrido entre el almacenaje de información y la recuperación de información.

A continuación, algunos aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones de la memoria:

a) **Memoria de corto término o inmediata: función propia de la conciencia. Está involucrada la corteza parietal posterior y la corteza frontal. Se altera en el Delirium.**

b) **Memoria reciente: comprende ALMACENAMIENTO Y RECUPERACIÓN. Se requiere indemnidad de la conciencia. En el almacenamiento están involucradas diversas estructuras como el hipocampo, la circunvolución parahipocampal, los cuerpos mamilares, el trigono y el tálamo (circuito de Papez). En la recuperación participan estructuras Prefrontales y estriatales. Es la primera memoria en alterarse en la EA (por el compromiso precoz de estructuras hipocampales). Posteriormente se altera el resto. Puede verse alterada cuando se comprometen estructuras del circuito de Papez.**

Dentro de la memoria reciente, existe un tipo de memoria que utilizamos en lo habitual, de corta duración llamada memoria de trabajo.

Circuito de Papez (dentro del sistema límbico): une hipocampo, fórnix y los cuerpos mamilares a través del fascículo mamilotalámico con los núcleos anteriores del tálamo, para llegar al Giro Cingulado Anterior.

c) **Memoria remota: Todas las regiones corticales de asociación, por lo tanto, requiere un**

deterioro cortical amplio para alterarse.

El trastorno de la memoria a largo plazo se llama AMNESIA. La amnesia anterógrada es la incapacidad de adquirir nueva información (se relaciona con la memoria reciente, hechos de la vida cotidiana. Puede haber desorientación); la Amnesia Retrógrada es la alteración de la recuperación de hechos pasados. (Se relaciona con la memoria remota). La Amnesia Global Transitoria aparece principalmente una amnesia anterógrada de varias horas de duración.

Evaluación:

1. memoria de corto término o plazo: repetición de series dígitos o palabras.

2. memoria reciente: memorizar palabras (3-5) luego de 3-5 minutos preguntar.

Si con claves lo resuelve puede orientarse más a un problema de recuperación

que de almacenaje. (minimental)

3. memoria remota: acontecimientos pasados verificables.

La evaluación formal:

- escala de memoria de Weschler

- Test de retención visual de Benton.

.....

VIII)- LENGUAJE:

Es la capacidad de usar y ordenar adecuadamente las palabras para expresar pensamientos e ideas. Se compone de 3 grandes procesos: pensamiento (sistema semántico en el cual están representados los significados de las palabras), lenguaje y habla.

Alteraciones del lenguaje:

Afasia: trastorno adquirido del lenguaje verbal, de la escritura y lectura, producto de un daño en estructuras cerebrales específicas para estas funciones.

Disartria: trastorno motor del habla (articulación).

Disfonías: alteraciones de la fonación.

Disfasias: defectos del lenguaje debido a enfermedades congénitas o del desarrollo.

Parafasias: son palabras anormales, que pueden ser propias de algunos tipos de afasias:

- parafasias fonémicas o literales (amiso, en vez de amigo)

- parafasias verbales o semánticas (sustitución completa de una palabra por otra)
- Neologismos

Aspectos neurofisiológicos para una mejor comprensión de las alteraciones del lenguaje:

Área de Wernicke: en la zona posterior de la primera circunvolución temporal (área 22 y 42 de Brodmann). Su función es la decodificación del sonido en un significado. Nos permite comprender el lenguaje. Es prioritaria para la emisión de un lenguaje adecuado (por el área de Broca).

Área de Broca: Zona posterior del giro frontal inferior (área 44 de Brodmann). Permite la emisión del lenguaje. Adyacente al área de Broca está la corteza primaria motora que controla los movimientos de la boca, lengua y cuerdas vocales (habla). Formulación verbal (morfosintaxis del lenguaje).

Fascículo Arqueado: Haz de fibras que comunican B con W, pasando aproximadamente a nivel de giro supramarginal (lóbulo parietal inferior).

Circunvolución Supramarginal: Lóbulo parietal inferior. Procesamiento fonológico y la escritura.

Circunvolución Angular: Lóbulo parietal izquierdo. Asociación entre el léxico y el concepto (semántica), integración visual, auditiva y táctil y en la lectura y escritura.

Áreas subcorticales: tálamo y GB también participan en el lenguaje. Tálamo monitoreo léxico-semántico; GB en la formulación verbal.

Proceso del lenguaje:

- se piensa en un objeto → AW accede al léxico para seleccionar la palabra → AB selecciona las palabras y las articula
 CSM selecciona los fonemas vuelve al AB, a través del FA, para la "programación motora".

Por lo tanto, lesiones extensas de la zona perisilviana pueden producir una Afasia Global (no es capaz de hablar espontáneamente ni obedecer órdenes - o comprender el lenguaje-).

Lesiones en el área de W produce una Afasia de Comprensión (a pesar de tener un lenguaje FLUENTE), no es comprensible por la falta de control del área de W sobre B. Generalmente no tiene conciencia de su déficit (anosognosia) y se asocia a una hemianopsia homónima derecha.

Lesiones en el área de Broca, se produce una Afasia de Expresión: el lenguaje pierde fluidez y es incomprensible. El paciente puede entender lo que se le dice y tienen conciencia de su déficit. Frecuentemente se acompaña de hemiparesia derecha.

La indemnidad de las estructuras perisilvianas permite conservación de la REPETICIÓN, se presenta una Afasia Transcortical. Debe suponerse una lesión posterior a W (Afasia Transcortical sensitiva) o anterior a Broca (Afasia Transcortical Motora). Lesiones en estructuras subcorticales (tálamo, GB) producen Afasias similares a las transcorticales.

Al lesionarse el Fascículo Arqueado se produce una Afasia de Conducción en que lo más relevante es la alteración de la REPETICIÓN.

La lectura y la escritura habitualmente se alteran en forma paralela al lenguaje verbal. Las alteraciones específicas se denominan: Alexias (alteraciones de la lectura); de la escritura (agrafia).

Evaluación:

- **Fluidez:** capacidad de producir un lenguaje espontáneo, sin pausas desmesuradas → dificultad para encontrar las palabras
Test de nominación de animales.
- **Comprensión:** Se evalúa pidiendo que se ejecuten órdenes. (tocarse la nariz, etc). Luego, que comprenda el sentido de una oración "el policía ha sido atrapado por el ladrón... ¿Quién atrapó a quién?"
- **Repetición**
- **Nominación:** Anomia (trastorno de la nominación).
Prácticamente todas las afasias tienen algún grado de anomia.

Test Formales de lecto-escritura: test de Fluencia verbal y escrita; batería de afasia de Boston; batería de nominación de Boston; etc. En el Minimental, se muestra un objeto (nominación), se solicita que se haga una acción ("tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"); se pide que lea y ejecute una acción (CIERRE LOS OJOS).

.....

IX)-CONCIENCIA:

Las vivencias subjetivas de cada sujeto que intentamos evaluar a través del examen mental requieren de capacidades neuropsicológicas básicas. Permiten la construcción de la vivencia y de ellos depende la calidad de la vivencia de un individuo. Por ejemplo, si un paciente tiene un compromiso cuantitativo de conciencia, donde está en sopor superficial o cursando un delirium (donde su capacidad para focalizar, cambiar o mantener la atención está comprometida), podrá presentar signos o síntomas psicopatológicos diferentes que un paciente lúcido y con ello también se abren diferentes diagnósticos diferenciales en nuestro objetivo de explicar el origen o etiología del cuadro que estamos evaluando.

Estado en el cual el compromiso central es la incapacidad de mantener la ATENCIÓN y estar ALERTA. Secundariamente a lo anterior, se altera la capacidad de orientación (capacidad de identificarse a sí mismo, orientación en el tiempo, respecto al lugar en dónde está, reconocimiento de personas). Al estar comprometida la atención y al no poder mantener el estado de alerta, en el compromiso cuantitativo de conciencia pueden aparecer diferentes síntomas y signos psicopatológicos.

ESCALA DE GLASGOW:

APERTURA		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontánea	4	Espontánea	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

- 15 → consciente
- 13-14 → sopor o estupor leve o superficial o somnolencia.
- 11-12 → sopor o estupor moderado
- 9-10 → sopor o estupor profundo.
- 7-8 → coma superficial
- 5-6 → coma moderado
- 3-4 → coma profundo

Lucidez. Estado de plena alerta. Corresponde a la persona normal, que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas que se le formulan.

Somnolencia o sopor o estupor superficial: El paciente impresiona durmiendo, pero al llamarlo por su nombre o hablarle en voz más fuerte abre los ojos, mira al examinador, responde preguntas y luego nuevamente sigue durmiendo.

Sopor o estupor moderado o profundo. Es una etapa más avanzada de compromiso cuantitativo de conciencia. Para obtener respuestas es necesario aplicar estímulos dolorosos. Las respuestas verbales son lentas o, incluso, ausentes. No tiene conciencia de sí mismo ni del ambiente.

Coma. Es el nivel más avanzado de compromiso cuantitativo de conciencia. En esta etapa no es posible obtener respuestas ni siquiera aplicando estímulos dolorosos. Algunas reacciones que se pueden presentar son, en realidad, reflejos (por ejemplo, reacciones de descerebración).

Los signos vitales se mantienen.

Atención: Las siguientes pruebas pueden utilizarse en la valoración de la atención:

- Inversión de series automáticas (días de la semana o meses del año en forma inversa o deletrear la palabra MUNDO al revés)
- Repetición de dígitos (digit span) desde series simples hasta series complejas
- Restas secuenciales (100-7; luego menos siete; y así sucesivamente)

Orientación:

Para evaluar esta capacidad se investigan aspectos como los siguientes:

Orientación respecto a sí mismo: ¿Cómo se llama? ¿Qué edad tiene? ¿En qué trabaja? ¿Con quién vive?...

Orientación en el tiempo: ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes? ¿En qué año? ¿Qué día de la semana es hoy?...

Orientación en el espacio: ¿Dónde se encuentra usted? ¿Está en un hospital? ¿En su casa? ¿Qué hospital es?...

Orientación respecto a personas: ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? Si está presente un familiar: ¿Quién es esa persona?

El saber el nombre o aspectos muy personales de sí mismo, es de las últimas cosas que se pierden. En todo caso, este conjunto de

preguntas permite formarse una idea de lo lúcido o desorientado (confuso) que pueda estar el paciente. El síndrome confusional se caracteriza principalmente por la alteración de la ATENCION como síntomas centrales. El DELIRIUM es un síndrome confusional (en general pacientes somnolientos) caracterizado por:

1. Inicio agudo y curso Fluctuante

La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable. Muchas veces se invierte el ciclo sueño- vigilia.

2. Inatención

El paciente fácilmente se distrae, le es difícil mantener la conversación, se le deben repetir las preguntas o persevera con una respuesta previa o tiene dificultad para recordar lo que estaba hablando. Habitualmente el paciente presenta algún grado de desorientación.

3. Pensamiento Desorganizado o cambio en las funciones cognitivas

El paciente presenta un pensamiento desorganizado o incoherente, con ideas poco claras o cambios de tema impredecibles o ideas que impresionan delirantes (deliriosas). Pueden aparecer también alteraciones de la sensopercepción. También pueden aparecer alteraciones de las funciones cognitivas como memoria u otra área cognitiva.

4. Alteración del nivel de la conciencia

5. Debe encontrarse una causa médica o relacionada con el consumo de sustancias que explique la aparición del cuadro clínico.

Compromiso Cualitativo de Conciencia

Clásicamente se ha descrito al compromiso cualitativo de conciencia cuando la conciencia (o capacidad de responder a otros estímulos) está "estrecha" circunscrita sólo a ciertas manifestaciones de la vida psíquica. Predomina un afecto (exaltación, amor, odio, angustia), que tiñe el vivenciar y actuar del paciente. Hay una aparente "coherencia" dentro de este ámbito restringido, pero hay respuestas y reacciones inadecuadas por no captar el contexto. Las respuestas son unidimensionales, monotemáticas, con escasa capacidad de adaptación. Puede haber ilusiones y/o alucinaciones predominantemente visuales, pero también auditivas y olfatorias, relacionadas con la temática en torno a la cual gira el (la) paciente. Puede ser secundario a una patología médica (por ej. epilepsia de lóbulo temporal), consumo de sustancias o psicógeno

(por ej. trastornos disociativos o psicosis psicógenas). En algunos textos, la psicosis se ha descrito como una alteración cualitativa de conciencia.

.....

X)- CONDUCTA MOTORA:

El análisis de la conducta motora implica el estudio de los actos del individuo, su lenguaje, su escritura y las manifestaciones de la voluntad a través de los cuales podemos comprender su comportamiento.

ACTO INSTINTIVO: Se caracteriza por la perfección de su ejecución sin necesidad de un aprendizaje previo; se desencadena de forma automática, pero aún así, no escapa al control de la conciencia que lo registra y lo valora.

ACTO HABITUAL: Es el resultado de un largo aprendizaje mediante la repetición de los mismos movimientos, lo cual permite alcanzar gradualmente un buen grado de perfeccionamiento.

ACTO VOLUNTARIO: Es condicionado y dirigido por la voluntad y se halla bajo estricta vigilancia de la conciencia. Requiere de la inteligencia para elegir adecuadamente los movimientos necesarios para realizarlo.

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA VOLUNTARIA: Las alteraciones de la conducta voluntaria se refiere a las alteraciones en la conación (término empleado para designar el conjunto de funciones relacionadas con los aspectos tendenciales de la personalidad, que abarcan desde el impulso intencional, las motivaciones y las voliciones, hasta la realización práctica de la acción propuesta. Lo conativo se contrapone a lo afectivo y a lo cognitivo.) o en la ejecución de los actos.

ALTERACIONES DE LA CONACIÓN: Impulsos: Reactivas de las fuerzas instintivas que llevan a la ejecución irrefrenable de algunos actos en forma violenta y que escapan al control consciente.

COMPULSIONES: Son un deseo imperioso, morboso, irresistible que se presenta bruscamente en determinados individuos y lleva a la ejecución de actos aparentemente irracionales, en forma repetitiva.

ABULIA: Es la falta absoluta de voluntad, en el cual hay carencia de deseos y toma de decisiones. Es un síntoma que el paciente deprimido vivencia con ansiedad e incrementa en él los sentimientos de minusvalía.

HIPOBULIA: Disminución de la actividad voluntaria y corresponde a un grado menor de abulia, por lo cual algunos autores la incluyen en ella.

HIPERBULIA: Es el aumento en la actividad voluntaria y frecuentemente ocasiona un mejor rendimiento de las ocasiones en la actividad diaria.

ALTERACIONES EN LA EJECUCIÓN : Apraxia: es la imposibilidad de ejecutar un acto que se ordena con perfecta adecuación a su objetivo sin que exista parálisis, ataxia o agnosia.

APRAXIA IDEATORIA: Incapacidad de emplear adecuadamente los movimientos en la ejecución de un acto, por faltar la representación mental de este en forma global o sus etapas sucesivas, dando por resultado que el paciente suprima movimientos o los ejecute fragmentaria o simplemente realiza actos absurdos.

APRAXIA IDEOMOTRIZ: Es la incapacidad para realizar el acto motor por la imposibilidad de coordinar los movimientos musculares aún cuando el paciente tiene la representación mental del movimiento.

APRAXIA AL VESTIRSE: El paciente es incapaz de vestirse, desabotonar sus vestidos o atarse los zapatos.

APRAXIA CONSTRUCTIVA: Se caracteriza por pérdida de la guía visual, compromiso de la imagen visual o trastorno de la Re visualización en donde el enfermo no puede reproducir una figura geométrica sencilla.

ECOPRAXIA: Imitación de los actos realizados por otras personas siendo ejecutados de una manera más o menos automática.

ESTEROTIPIA: Es la sucesión innecesaria de movimientos y actitudes que no tienen significación ni reporta utilidad alguna.

MANIERISMO: Es una serie de movimientos estereotipados que en algunas ocasiones llegan a construir un ritual.

INTERCEPCIÓN CINÉTICA: Es la interrupción brusca de un acto o movimiento que se encuentra en plena ejecución.

NEGATIVISMO: Es la resistencia ofrecida por el enfermo a toda sugerencia.

OBEDIENCIA AUTOMÁTICA: Obedece y ejecuta como un autómatas todos los actos y movimientos que se le sugieren.

FLEXIBILIDAD CÉREA: Es un estado especial del tono muscular caracterizado por una gran elasticidad que nos permite colocar al paciente en posiciones exageradas, absurdas e incómodas, persistiendo en ellas durante largo tiempo.

CATALEPSIA – CATATONIA: Es el estado durante el cual se mantiene al paciente por tiempo prolongado en una misma posición.

CATAPLEXIA: Es la pérdida súbita y total del tono muscular originada por un estado emotivo o afectivo intenso o por crisis epilépticas.

TICS: Son gestos breves, repetidos involuntariamente, innecesarios, de la musculatura estriada.

MIOCLONIAS: Se caracterizan por una brusca sacudida en los miembros superiores y a veces de los miembros inferiores y de la cabeza. Su duración es breve y corresponde a etiología epiléptica.

.....

XI)- IMPULSIVIDAD:

La impulsividad es un [estilo cognitivo](#), término usado en [psicología](#). Es la predisposición para reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos.

En la impulsividad predomina la baja tolerancia al [estrés](#) y la [frustración](#), la falta de control de impulsos, y los comportamientos [agresivos](#), que pueden poner en riesgo al individuo que puede llegar a ser asociado a [actos delictivos](#). Una persona impulsiva puede calificarse como imprudente, arriesgada, poco reflexiva, insensata, natural, inconsciente, rápida e irresponsable.



Puede ser genética o por déficit de serotonina y es considerada una de las características más predominantes en síndromes psicopatológicos como el trastorno de déficit atencional con/sin hiperactividad ([TDAH](#)), el trastorno límite de personalidad ([TLP](#)), el [trastorno bipolar](#), el trastorno por control de los impulsos, los comportamientos antisociales y el trastorno de dependencia de sustancias. Según el [CIE](#) (Clasificación Internacional de Enfermedades) realizada por la Organización Mundial de la Salud ([OMS](#)), la versión CIE-10 señala que en personas con TDAH la impulsividad puede estar presente con las siguientes características:

- a) las personas hacen exclamaciones constantemente y responden antes de que se culmine el planteamiento de una pregunta.
- b) No pueden guardar turno o son intolerantes a la espera.

c) Interrumpen o se entrometen en asuntos de otros.

d) Hablan en exceso sin contenerse en situaciones sociales. En las situaciones de incertidumbre o ambigüedad el individuo debe elegir entre actuar, aunque cometa errores, o sólo dar los pasos que considere y evalúe como correctos, minimizando los errores (pero también perdiendo un tiempo precioso en ocasiones, claro). La I/R, por tanto, se refiere a la tendencia a inhibir las respuestas iniciales y a reparar en ellas con el fin de evaluar su grado de precisión.

Los impulsivos muestran menos ansiedad por cometer errores y orientación además se hace un lugar hacia el éxito rápido, más que a evitar el fracaso, tienen bajos estándares de rendimiento y menor motivación por tareas que implican aprender.

Para evaluar este estilo cognitivo se usa la prueba de emparejamiento de figuras familiares.

Teorías de la Impulsividad:

Teoría de Gray

La impulsividad se relaciona con la [extraversión](#) y se define como la sensibilidad para actuar frente a estímulos de recompensa o de ausencia de castigo, activando la conducta. Estudios posteriores realizados para evaluar el proceso de toma de decisiones concluyeron que la impulsividad si se relaciona con la [extroversión](#), mas no con la sensibilidad a la recompensa. Así, los dos sistemas dan cuenta de las diferencias individuales en el estudio de la [personalidad](#). La teoría de Gray implementa el aspecto motivacional en la teoría de [Eysenck](#) y se divide en dos ejes: [ansiedad](#) e impulsividad. El eje de la impulsividad, un extravertido neurótico presenta un alto nivel de impulsividad; y un introvertido estable tiene un bajo nivel de impulsividad. Supone la existencia de dos sistemas bases para detectar el refuerzo o el castigo, y responder ante ellos: el sistema de activación/aproximación conductual ([BAS](#)) y el sistema de Inhibición Conductual ([BIS](#)). El primer sistema (BAS) es un sistema de *feedback* / retroalimentación positiva y está relacionado al eje de la impulsividad, ya que presenta una sensibilidad para responder a estímulos condicionados de recompensa o ausencia de castigo, y señales de seguridad, favoreciendo la activación de la conducta. Está relacionado a emociones de esperanza y seguridad y en el campo de las neurociencias, este sistema se da en las fibras dopaminérgicas, el núcleo talámico y las áreas neo corticales cercanas. El segundo sistema denominado BIS es un *feedback* negativo y comprende el eje de la ansiedad, ya que un alto nivel en la dimensión de ansiedad compromete una sensibilidad al castigo, a la no recompensa, y a los estímulos novedosos, o innatos de miedo que comprenden una inhibición de la conducta con mayor atención y

Arousal tensional. Está relacionada a emociones negativas de miedo frente a estímulos nuevos, y de frustración cuando hay una ausencia de recompensa. En el campo de la neurociencia el SIC se da en el hipocampo, el hipotálamo, y en el córtex prefrontal. En cada persona, el funcionamiento de los dos sistemas se puede activar o no, dependiendo del Inter juego de los estímulos ambientales con los factores genéticos. Ambos sistemas son independientes y se pueden inhabilitar mutuamente.

Teoría de Eysenck

Eysenck propuso dos teorías de la extraversión y sobre la base de ellas estudió la impulsividad. Incluyó la impulsividad dentro de la escala de Extraversión del cuestionario de personalidad EPI. Para Eysenck la impulsividad – así como la sociabilidad- caracterizan la extraversión. Así se establece que, los extravertidos son más impulsivos, mientras que los introvertidos son menos impulsivos y presentan mayores niveles de Arousal. Entre ambos tipos hay diferencias en cuanto a los procesos cognitivos influidos por el Arousal y por ello, en su rendimiento en distintas actividades. Eysenck propuso dos teorías en las cuales estudió la extraversión. La primera fue propuesta en 1957, en la cual relacionaba alto neuroticismo e introversión con un potencial distímico, mientras que un alto puntaje en neuroticismo y extraversión predisponen a las personas a ser histérico-psicopáticas. Esto se ve de acuerdo con cómo es que se adquieren los reflejos condicionados en el proceso de desarrollo social. Luego, en 1967, propuso la segunda teoría de extraversión llamada Teoría del Arousal Óptimo. En esta teoría excluyó la histeria y solo diferenció entre distimia, que se puede presentar en personas neuróticas e introvertidas; y, psicopatía, que puede presentarse en personas con neuroticismo elevado y extravertidas. En esta teoría dio importancia a los niveles de Arousal o S.A.R.A (Sistema de Activación Reticular Ascendente) que determinarían los niveles de condicionabilidad.

Teoría de Revelle

Para **William Revelle** las personas con baja o alta impulsividad se diferencian en sus **ritmos circadianos** respecto al **Arousal**. Aquellos con baja impulsividad alcanzan un nivel máximo de Arousal a una hora más temprana del día y ambos grupos tanto en la mañana como en la tarde presentan niveles contrarios de Arousal. Esto fue comprobado a través de evidencia empírica donde además se destacó que, los efectos del Arousal afectarán de forma diferente a ambos grupos en los dos momentos del día (mañana y noche). Estudia la relación entre impulsividad y rendimiento. La relación entre ambos se puede ver afectada por variables de personalidad y capacidad. Así, sujetos impulsivos con poca capacidad y con menos ansiedad presentarían más problemas conductuales que

los sujetos igual de impulsivos, pero con mayor capacidad y ansiedad.

Teoría de Dickman

La teoría de Dickman habla sobre la impulsividad superior (IS) que es la tendencia a actuar rápidamente deliberando menos que otros individuos, con habilidades semejantes a las de ellos, ante diversas situaciones. Se divide en dos clases de impulsividad: la impulsividad funcional (IF) y la impulsividad disfuncional (ID). La funcional (IF) se relaciona con conceptos como el entusiasmo, altos niveles de actividad, audacia, búsqueda de sensaciones y aventuras, toma de riesgos, y con el atrevimiento. Además, cuenta con un procesamiento de la información efectivo, que genera que el individuo tenga una toma de decisiones veloces y adecuadas con consecuencias favorables. La disfuncional ID se asocia a la despreocupación por las consecuencias que puede ocasionar un acto, y se relaciona con un comportamiento no productivo, atropellado, desordenado e irreflexivo. La IF tiene más relación con la extraversión y los ID con la impulsividad estricta y el psicoticismo. La impulsividad tiene efectos en la atención: impulsivos funcionales presentan procesamiento de la información más rápido y preciso, impulsivos disfuncionales manifiestan más errores y mayor susceptibilidad a interferencias en el desarrollo de tareas.

Impulsividad en la adolescencia:

La impulsividad y la búsqueda de sensaciones novedosas son, generalmente, altas en la adolescencia y bajas en la vejez. La impulsividad adolescente puede ser disfuncional y funcional. La disfuncional afecta al potencial intelectual innato de los jóvenes porque los que son impulsivos tienen problemas en su aprendizaje, el cual les permite desarrollar su potencial. Así, las competencias vinculadas a la inteligencia cristalizada son afectadas, pero no las de inteligencia fluida. Por eso los resultados académicos, la desconfianza hacia los demás y los sentimientos de ira son variables explicadas por la impulsividad disfuncional. Tanto la funcional como disfuncional propician que los adolescentes respondan de forma agresiva, pero la primera está vinculada con el aspecto cognitivo (hostilidad) de la agresividad y la segunda con aspectos emocionales e instrumentales de la misma.

Impulsividad y ansiedad

La ansiedad es una emoción que se da en todas las edades y actúa como un sistema de protección que ayuda a reaccionar ante

estímulos de peligro. En la etapa adolescente los niveles de ansiedad se elevan. Lo que se explica por los cambios biológicos, anatómicos y psicológicos. Estudios correlacionales señalan que un estilo parental autoritario se asocia con niveles altos de impulsividad donde la ansiedad tiene una función mediadora en aquella relación. Los adolescentes con niveles altos de ansiedad e impulsividad son altamente vulnerables a sufrir anorexia o depresión, a la presencia de conductas autolíticas, trastornos bipolares, o alteraciones psicológicas graves. La relación de alta ansiedad e impulsividad para explicar el trastorno bipolar es significativa. Estudios correlacionales realizados a población adolescente, señalan que mayores niveles de impulsividad implican menores grados de reflexión. Aquello permite entender que en altos niveles de activación cognitiva y de rumiación, características de la ansiedad generalizada, se den menores grados de impulsividad.

Impulsividad y agresividad:

La agresividad es una habilidad que se encuentra dentro del repertorio comportamental humano que tiene como objetivo obtener beneficios al realizar situaciones conflictivas. Las conductas agresivas son favorecidas en individuos con elevada impulsividad. Existen dos tipos de agresión: reactiva y proactiva. La reactiva afirma que las conductas agresivas se dan por la activación de afectos negativos, como la ira, provocación y frustración. También, es llamada "agresividad impulsiva". Así, la agresión reactiva es una respuesta conductual hacia una provocación percibida imaginaria o real. La proactiva engloba a las conductas agresivas que son planificadas o motivadas para la realización de un fin determinado. Por ejemplo, con ella se pueden solucionar conflictos interpersonales o sociales. Puede ser usada por el agresor como una estrategia para que obtenga beneficios u objetivos. Ambas agresiones comparten las mismas formas verbales y físicas de expresión social. Pero difieren en cuanto las motivaciones que las activan. Otro enfoque teórico señala que existen tres tipos de agresividad: la premeditada, por motivos médicos y la impulsiva. La premeditada señala a las conductas agresivas aprendidas en el contexto social a lo largo del tiempo que varían de cultura a cultura. Por motivos médicos, se refiere a las conductas agresivas como síntomas de patologías (daños neurológicos, trastornos cerebrales, etc). La impulsiva, son las conductas agresivas que pueden presentar las personas impulsivas por la falta de autocontrol de sus impulsos y de reflexión antes de actuar. Los tres tipos de agresividad no son excluyentes. Las variables que explican a la agresividad impulsiva son la ira-hostilidad (rasgo de personalidad), disfunciones en el lóbulo parietal y frontal y escaso procesamiento de la información.

La habilidad para solucionar problemas sociales disminuye la probabilidad de aparición de conductas agresivas, aunque las personas sean impulsivas. A nivel fisiológico se explica la relación entre la agresividad y la impulsividad, ya que la agresividad impulsiva se caracteriza por predisposiciones genéticas, bajos niveles de serotonina, incapacidad de autocontrol, aunque el sujeto lo desee y actuación sin pensar.

Impulsividad y conductas antisociales

La impulsividad disfuncional es un predictor de la conducta delincuente y del trastorno antisocial adolescente. Un estudio longitudinal realizado por Klinteberg, Andersson, Magnusson & Stattin encontró que la impulsividad era un predictor directo de la delincuencia con violencia en una cohorte de hombres de 13 a 26 años. La impulsividad funcional que está relacionada con la agresividad reactiva, no figura como una variable predictora para las conductas antisociales juveniles. La impulsividad disfuncional que está correlacionada con la agresión proactiva son factores de riesgo para la aparición de conductas delictivas entre los adolescentes. Los estudios estadísticos señalan que tanto hombres como mujeres presentan las mismas probabilidades de desarrollar conductas antisociales si presentan las variables de impulsividad y agresión proactiva. La impulsividad funcional está relacionada con el aspecto cognitivo de la agresión; es decir, con pensamientos que activan emociones hostiles desencadenantes de acciones agresivas, tanto verbales como físicas. Está más presente en los varones que en las mujeres adolescentes.

4)- PSICOPATOLOGIA Y CONDUCTA CRIMINAL:

La psicopatología criminal estudia la relación existente entre el crimen y los trastornos psicológicos. El vínculo que tienen estos dos términos cuenta con una larga historia, se remonta al inicio de la psicología como ciencia. Su relación ha sido controvertida debido a las diferentes características patológicas de la persona que cometía el crimen, no obstante, en la actualidad, parece haber mayor consenso.

Los trastornos psicológicos que más se suelen relacionar con el crimen son: el Negativista Desafiante, el Explosivo intermitente, el de Conducta, el de Personalidad Antisocial y algunas Parafilias. Sin embargo, el psicópata es considerado por la criminología como el actor de los crímenes más crueles y presenta unas características definitorias más allá del Trastorno de la

Personalidad Antisocial, aunque en los manuales de psiquiatría no se diferencia.

i)-ENFERMEDAD MENTAL Y RIESGO DE CONDUCTA CRIMINAL: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y SOCIALES.

Atendiendo al término en sus partes, entendemos por psicopatología el estudio científico de las enfermedades mentales o trastornos psicológicos, y por criminal algo relativo al crimen. Por consiguiente, la psicopatología criminal es el estudio de los trastornos psicológicos que guardan relación con las conductas criminales o delitos voluntarios graves.

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

- **tipos de enfermedades mentales:**

Existen muchos tipos diferentes de trastornos mentales. Algunos comunes incluyen:

- [Trastornos de ansiedad](#), incluyendo [trastorno de pánico](#), [trastorno obsesivo-compulsivo](#), [trastorno de estrés Post-traumática](#) y [fobias](#)
- [Depresión](#), [trastorno bipolar](#) y otros [trastornos del estado de ánimo](#)
- [Trastornos de la alimentación](#)
- [Trastornos de la personalidad](#)
- [Trastornos psicóticos](#), incluyendo la [esquizofrenia](#)

Causa de los trastornos mentales:

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

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

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

¿Quién está en riesgo de tener enfermedades mentales?

Los trastornos mentales son comunes. Más de la mitad de todas las personas serán diagnosticados con algún trastorno mental en algún momento de su vida.

Diagnostico de los trastornos mentales.

Los pasos para obtener un diagnóstico incluyen:

- **Su historia clínica**
- **Un examen físico y posiblemente pruebas de laboratorio, si su proveedor de salud piensa que otras afecciones médicas podrían estar causando sus síntomas**
- **Una evaluación psicológica, en la cual responderá preguntas sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta.**

Los tratamientos de las enfermedades mentales.

El tratamiento depende del trastorno mental que tenga y qué tan grave sea. Junto al médico trabajarán en un plan de tratamiento. Por lo general, implica algún tipo de terapia. También puede tomar medicamentos. Algunas personas también necesitan apoyo social y educación para manejar su afección.

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

Comenzando por lo siguiente:

- [Cambiando la manera en que pensamos acerca de la salud mental](#)**(Asociación Nacional de Salud Mental)**
- [Cambie de opinión acerca de la salud mental](#) **(Asociación Estadounidense de Psicología)**
- [Enfermedad mental](#) **(Clínica Mayo)**
- [Salud mental en la comunidad latina](#) **(Alianza Nacional de Enfermedades Mentales)**

Diagnóstico y exámenes

- [Evaluación de salud mental](#)
- [Realizar una prueba de salud mental](#)
- [Salud mental: Qué es normal y qué no](#)

Prevención y factores de riesgo

- [Infórmese \(sobre los factores de riesgo y síntomas de una enfermedad mental\)](#)**(Asociación Nacional de Salud Mental)**

Tratamientos y terapias

- [En búsqueda de ayuda: Cómo elegir un psicoterapeuta](#) **(Asociación Psiquiátrica Americana)**
- [Entendiendo la psicoterapia](#) **(Asociación Psiquiátrica Americana)**
- [Obtenga ayuda \(enfermedad mental\)](#) **(Asociación Nacional de Salud Mental)**
- [Profesionales de salud mental: Consejos para encontrar uno](#)
- [Terapia electroconvulsiva](#) **(Enciclopedia Médica)**
- [Terapia y orientación](#) **(Academia Americana de Médicos de Familia)**

- [Tratamiento de las enfermedades mentales \(Merck Sharp & Dohme de España\)](#)

Viviendo con...

- [Lo que las personas en recuperación necesitan saber sobre el bienestar \(Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias\) - PDF](#)

Asuntos relacionados

- [Cómo superar el estigma de las enfermedades mentales](#)
- [Hábito de fumar entre adultos con enfermedades mentales \(Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades\)](#)

Asuntos específicos

- [Cleptomanía](#)
- [¿Cuál es la diferencia entre el estrés normal y el trastorno de adaptación?](#)
- [Síndrome de Munchausen por poderes \(Enciclopedia Médica\)](#)
- [Síntoma somático y trastornos relacionados \(Academia Americana de Médicos de Familia\)](#)
- [Trastorno de adaptación \(Enciclopedia Médica\)](#)
- [Trastorno de ansiedad por enfermedad \(Enciclopedia Médica\)](#)
- [Trastorno de conversión \(Enciclopedia Médica\)](#)
- [Trastorno de despersonalización-desrealización](#)
- [Trastorno de síntomas somáticos \(Enciclopedia Médica\)](#)
- [Trastorno dismórfico corporal](#)
- [Trastorno explosivo intermitente](#)
- [Trastorno facticio](#)
- [Trastornos disociativos](#)

Estudios clínicos

- [Ensayos de investigación clínica y usted \(Instituto Nacional de la Salud Mental\)](#)
- [Salud mental del niño: Tema de salud de MedlinePlus \(Biblioteca Nacional de Medicina\)](#)

Adolescentes

- [Salud mental del adolescente: Tema de salud de MedlinePlus \(Biblioteca Nacional de Medicina\)](#)

.....

**II)- CONDUCTAS ESPECÍFICAS ASOCIADAS A RIESGO DELICTIVO:
 A)-PERSONALIDAD ANTISOCIAL:**

La mayor parte de la gente utiliza la palabra antisocial para referirse a las personas a las que les cuesta, no les gusta o no parece gustarles relacionarse. Básicamente se emplea como sinónimo de persona retraída y selectiva.

Sin embargo, en psicología el término antisocial se emplea para designar algo completamente diferente, un tipo de trastorno conocido como trastorno de personalidad antisocial que tiende a

vincularse a comportamientos contrarios a las normas sociales e incluso a las leyes, ignorando los derechos ajenos en favor de los propios.

Los trastornos de la personalidad

A lo largo de nuestro desarrollo, los seres humanos vamos construyendo poco a poco nuestra identidad. Durante la infancia, la adolescencia y la juventud probamos y adquirimos valores, creencias, ideologías o incluso apariencias que permiten que finalmente acabemos encontrando quiénes somos, formando un yo que querríamos ser y configurando un modo de ver, pensar y actuar en el mundo. Este patrón continuado y relativamente estable de forma de ser es lo que denominamos personalidad.

Sin embargo, en muchos casos la personalidad que se configura a lo largo del ciclo vital resulta extremadamente desadaptativa, siendo un elemento muy inflexible y continuo que causa sufrimiento a la persona y le dificulta su integración en la vida social, laboral y personal.

El estudio de estos patrones desadaptativos de comportamiento, que se pasan a considerar trastornos de la personalidad debido al elevado nivel de desadaptación y malestar que provocan en sí mismos o en el entorno, ha generado diferentes categorías según los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento que tengan quienes lo padecen.

Generalmente se dividen en tres grandes grupos o clústeres, compartiendo entre sí varias características en común. Dentro del cluster A se encuentran patrones comportamentales considerados excéntricos y los trastornos que formarían parte de él serían el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico.

En el clúster C se agrupan los trastornos de la personalidad que incluyen comportamientos temerosos y ansiosos como en el caso del trastorno por evitación, por dependencia y [obsesivo-compulsivo de la personalidad](#).

El cluster B agrupa trastornos caracterizados por la presencia de dramatismo, emotividad y/o inestabilidad. Entre ellos encontramos los trastornos de la [personalidad límite](#), el [narcisista](#), el histriónico o el que hoy nos ocupa, el trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno de personalidad antisocial

El trastorno de la personalidad antisocial es un patrón de comportamiento caracterizado por la inatención y violación de los derechos ajenos en favor de los propios, que aparece antes de los quince años. Este desprecio puede manifestarse a partir de conductas de diverso tipo, incluyendo comportamientos criminales penados por ley.

A nivel de personalidad se observa que quienes presentan este trastorno suelen tener un bajo nivel de amabilidad y de responsabilidad, cosa que de manera conjunta facilita que se metan en disputas con otros individuos y con el sistema.

Por lo general, estas personas son ambiciosas e independientes; se trata de individuos con poca tolerancia a la frustración, poca sensibilidad a los sentimientos de los demás y un muy elevado nivel de impulsividad. Actúan sin pensar en las consecuencias de sus actos tanto para ellos mismos como para los demás.

Al igual que ocurre con los [psicópatas](#), muchos de ellos son personas extravertidas y tienen un considerable encanto y facilidad de relación, pero solo a nivel superficial. Tienden a poseer características narcisistas, considerando su bienestar por encima del del resto, y es frecuente que usen el engaño y la manipulación para conseguir sus objetivos.

Estas personas tienen un estilo de vida inestable, debido a que tienen grandes para hacer planes de futuro y considerar las repercusiones de sus acciones. Es por ello que en general son irresponsables y les cuesta hacerse cargo de aquello que suponga un compromiso, cosa que junto con el resto de las características antes mencionadas provoca que las personas con trastorno de la personalidad antisocial presenten graves problemas de adecuación a la sociedad teniendo dificultades a nivel personal, laboral y social.

Todo ello provoca que sea frecuente que padezcan [problemas depresivos](#), tensionales y adicciones a diferentes sustancias o actividades. Si bien este trastorno facilita la realización de conductas criminales, es necesario tener en cuenta que esto no implica que todos los criminales sean antisociales ni que todos los antisociales sean criminales.

Posibles causas

Como ocurre con el resto de los trastornos de personalidad, establecer las causas del trastorno de personalidad antisocial es un proceso complejo que requiere tener en cuenta una gran variedad de variables, habida cuenta de que la personalidad es un elemento que se va construyendo de forma continua a lo largo del desarrollo.

Si bien no se conocen sus causas concretas, se han establecido una gran variedad de hipótesis más o menos aceptadas.

1. Hipótesis biológicas

Los estudios llevados a cabo con gemelos e individuos adoptados muestran la presencia de un cierto componente genético, transmitiendo algunas características de personalidad que pueden provocar que se acabe generando el trastorno.

Las características de este trastorno hacen pensar en problemas de activación frontal y prefrontal, las áreas que regulan la inhibición de los impulsos y rigen procesos como la planificación y la previsión de resultados.

En personas con trastorno de personalidad antisocial se ha detectado además que se da una activación menor de lo habitual en la amígdala. Teniendo en cuenta que esta área del sistema límbico rige las respuestas aversivas como el miedo, elemento que conduce a la evaluación negativa de una situación y por tanto permite inhibir un impulso, ello podría conducir a la dificultad para frenar la conducta de la cual hacen gala las personas con este tipo de personalidad.

2. Hipótesis psicosociales

A un nivel más psicosocial, resulta frecuente que quienes padecen trastorno de personalidad antisocial tienden a haber vivido una infancia en que han tenido modelos parentales poco eficaces, en entornos conflictivos o excesivamente permisivos.

Es común que tengan padres que les son hostiles, abusen de ellos o los maltraten. Así, con estos tipos de modelos pueden terminar asumiendo que ejercer su voluntad está por encima de otras consideraciones, cosa que replicarán en la adultez.

También se han encontrado casos en el extremo opuesto: con padres ausentes o excesivamente permisivos los niños terminan aprendiendo a que siempre pueden hacer su voluntad, y que reaccionan de forma vengativa ante el cese o amenaza a que ello acabe.

Otro elemento a tener en cuenta es que el trastorno antisocial de la personalidad puede venir antecedido por otro tipo de trastorno conductual en la infancia: el trastorno disocial. Si bien no ocurre en todos los casos, haber tenido un trastorno disocial en la infancia multiplica el riesgo de que de adulto el individuo termine desarrollando el trastorno antisocial.

Algunos autores consideran que el problema de base es enlentecimiento del desarrollo cognitivo, que impide que sean poco capaces de ponerse en el rol de otras personas y ver el mundo desde perspectivas diferentes a la suya.

Tratamientos aplicados

El tratamiento de los trastornos de personalidad en general es complicado, ya que se trata de configuraciones que incluyen comportamientos y modos de ver y actuar que se han ido adquiriendo y reforzando a lo largo de toda la vida. Además, las personas suelen considerar que es su forma de ser, de modo que no suelen querer cambiarla a menos que perciban que les provocan un malestar excesivo.

En el caso del trastorno de personalidad antisocial, los tratamientos suelen tener una complicación más, y es que el tratamiento suele venir impuesto o bien por los seres cercanos o bien por vía judicial tras cometer un delito. Así, el sujeto en cuestión no suele mostrarse cooperativo al verlo como una imposición externa, no aceptando en general la necesidad de tratamiento.

En terapia, el manejo de estos casos exige que se le plantee al paciente no solo lo que se pretende conseguir y cómo hacerlo, sino especialmente hacerle consciente de la necesidad de cambio y las ventajas y desventajas que éste le supondría en su vida.

En la medida de lo posible el terapeuta ha de ser capaz de hacerse ver como alguien respetable y cercano que no pretende imponer su autoridad, evitando una posible resistencia por parte del paciente y facilitando el establecimiento de una buena relación terapéutica.

El paso por la psicoterapia

Es frecuente la aplicación de terapia cognitiva (concretamente la terapia cognitiva breve con orientación dialéctica, basada en la terapia dialéctica de Linehan), en las que se emplean sesiones de entrenamiento en las cuales se tratan habilidades de consciencia, de efectividad interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia a la frustración.

Se busca en un primer momento despertar el interés por las consecuencias a largo plazo del tratamiento y hacer comprender cómo afecta en los demás la propia conducta para luego intentar aumentar el interés en el bienestar de los demás. También terapias comunitarias y en grupo parecen resultar de cierta ayuda. Otros elementos útiles pasan por hacer narrar al paciente su historia vital, pues esto puede ayudar en gran medida a ayudarlo a observar los sucesos que le han acontecido de forma distinta y a reflexionar sobre su vida. El trabajo en la capacidad de [empatía](#), si bien complicado para este tipo de pacientes, puede ser incrementado mediante ejercicios como la inversión de roles.

También resulta de ayuda la psicoeducación al entorno cercano del sujeto, de cara a ayudar a establecer límites en el comportamiento y de tener mayor capacidad de afrontamiento de la situación.

¿Tratamientos farmacológicos?

A nivel farmacológico no hay un tratamiento específico para el trastorno de personalidad antisocial. Esto es debido, entre otras cosas, a que los patrones conductuales asociados a esta condición están tan instaurados en el día a día de la persona que un acercamiento basado en el reduccionismo de actuar sobre ciertos circuitos cerebrales solo llega a abarcar toda la magnitud de este

fenómeno. fin de cuentas, parte del trastorno está también en el modo en el que la persona establece relaciones con los demás, y estas refuerzan este tipo de comportamientos poco adaptativos a causa de sus expectativas.

Sin embargo puede ayudar administrar sustancias que mantengan estable el estado de ánimo, como algunos [antidepresivos](#) (es frecuente el uso de ISRS). Por supuesto, esto no soluciona el problema en su totalidad, sino que puede ser un complemento.

A pesar de ello se ha de procurar tener en cuenta que este tipo de trastorno se asocia con cierta frecuencia al consumo de sustancias psicoactivas, no siendo rara la aparición de adicciones.

.....
.....
B)-ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:

El trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos (American Psychiatric Association.2013)

- **Presencia de uno o los dos síntomas sigs.:**
 - 1-Delirios**
 - 2-Alucinaciones**
- **Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio.**
- **Síntomas desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.**
- **La sustancia / medicamento implicado puede producir los síntomas de delirios y alucinaciones.**

El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/ medicamentos.- antes del uso de la sustancia/ medicamento.

-síntomas persisten durante un período importante (1 mes)

-después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave.

-antecedentes psicóticos no relacionados a las sustancias/ medicamentos.

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional (delirio)

El trastorno causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

Sustancias / Medicamentos

- **Alcohol**
- **Cannabis**
- **Fenciclidina (droga disociada usada como agente anestésico que posee efectos alucinógenos y neurotóxicos)**
- **Otros alucinógenos**

- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Anfetamina (u otro estimulante)
- Cocaína
- Otras sustancias desconocidas

Para tal fin hay que especificar con el inicio durante la intoxicación y con el inicio durante la abstinencia.

TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN:

- Se consume la sustancia para disminuir sintomatología psicótica.
- Disminuir los síntomas depresivos negativos.
- Disminuir los efectos colaterales inducidos por los neurolépticos.

Datos para tener en cuenta:

- 50% de los pacientes con esquizofrenia tienen historial de abuso/ dependencia a sustancias, incluyendo alcohol (Dixon, 1999)
- La prevalencia de un diagnóstico dual entre el abuso de sustancias (excluyendo al cigarrillo) con pacientes con esquizofrenia es de 35% a 55% (Keith, 2007)
- El 29% al 75% de los consumidores de cocaína experimentan síntomas psicóticos alguna vez en la vida (Roncero y Casas, 2012).
- Las sustancias más utilizadas por los pacientes de esquizofrenia son: el alcohol, la nicotina, el cannabis y las sustancias psicoactivas como la cocaína (Buckley, 1998).

Los psicóticos con abuso /dependencia de sustancias presentaban efectos subjetivos de euforia, contrario a los que no utilizaban.

La Universidad de Stanford establece en su cátedra lo siguiente:

Abuso de Sustancias y la Dependencia de Sustancias Químicas

Existen tres términos diferentes que se utilizan para definir los trastornos relacionados con las sustancias químicas, entre los que se incluyen los siguientes:

Abuso de sustancias. La expresión abuso de sustancias se utiliza para describir un patrón de uso de sustancias (drogas) que conduce a problemas graves o angustiantes como, por ejemplo, ausencias escolares, consumo de drogas en situaciones peligrosas (al manejar un automóvil), problemas legales relacionados con las drogas o el uso continuo de una sustancia que interfiere con las relaciones familiares o con los amigos. Como trastorno, se refiere al abuso de sustancias ilegales o al consumo excesivo de sustancias legales. La droga legal de la que se abusa más frecuentemente es el alcohol.

Dependencia de sustancias. La expresión dependencia de sustancias se utilizan para describir el uso constante de drogas o alcohol, aun cuando ya se han desarrollado problemas importantes relacionados con su consumo. Los signos incluyen un aumento de la tolerancia o la necesidad de tomar cantidades mayores de la sustancia para obtener el efecto deseado, los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se disminuye el consumo, esfuerzos fallidos para disminuir el consumo, un aumento del tiempo dedicado a las actividades para obtener las drogas, el abandono de las actividades sociales y recreativas y el uso continuo de sustancias aún con la clara consciencia de los problemas físicos o psicológicos implícitos que esto acarrea.

Dependencia de sustancias químicas. La expresión dependencia de sustancias químicas también se utiliza para describir el uso compulsivo de sustancias químicas (drogas o alcohol) y la incapacidad de dejar de consumirlas a pesar de todos los problemas que esto ocasiona.

Entre algunas de las sustancias de las que abusan los adolescentes más frecuentemente se incluyen las siguientes:

- Alcohol
- Marihuana
- Tabaco
- Medicamentos recetados
- Alucinógenos
- Cocaína
- Anfetaminas
- Opiáceos
- Esteroides anabólicos
- Inhalantes
- Metanfetamina

Las causas del abuso de sustancias y la dependencia de sustancias químicas.

Las normas culturales y sociales ejercen influencia sobre los estándares aceptables del uso de sustancias. Las leyes públicas determinan la legalidad de su uso, sin embargo, la inquietud sobre la vigencia de un patrón normativo sobre el uso de drogas en la adolescencia es aún objeto de grandes controversias. Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias en la adolescencia tienen su origen en factores diversos, incluidos la vulnerabilidad genética, los factores ambientales estresantes, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad y los problemas psiquiátricos. No obstante, todavía no se ha determinado cuáles de estos factores son primarios y cuáles secundarios en la franja adolescente de la población.

El consumo de drogas por parte de padres y amigos constituye el factor más común que contribuye a la decisión de los jóvenes acerca del uso de drogas.

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con las drogas, por ejemplo, los que:

Son hijos de padres que abusan de sustancias.

Son víctimas de abuso físico, sexual o psicológico.

Tienen problemas de salud mental, especialmente los adolescentes deprimidos y con tendencias suicidas.

Tienen algún tipo de discapacidad física.

A continuación, se enumeran las conductas más comunes que indican que un adolescente tiene un problema con el abuso de drogas. Sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

-Drogarse o embriagarse (emborracharse) regularmente

-Mentir, especialmente sobre la cantidad de droga que consume

-Evitar a amigos y familiares

-Abandonar las actividades que solía disfrutar, como, por ejemplo, deportes o pasar tiempo con amigos que no se drogan.

-Hablar mucho sobre el uso de drogas o alcohol

-Crear que necesita consumir estas sustancias para divertirse

-Presionar a otros para que consuman estas sustancias

-Tener problemas con la ley

-Correr riesgos como, por ejemplo, tener relaciones sexuales riesgosas o manejar bajo la influencia de una sustancia

-Recibir una suspensión de la escuela por un incidente relacionado con el consumo de sustancias

-Faltar a la escuela debido al uso de sustancias

-Sentirse deprimido, desesperado o con tendencias suicidas

Los síntomas del abuso de sustancias pueden parecerse a los de otros trastornos o problemas psiquiátricos. Siempre consulte al médico de su hijo adolescente para obtener un diagnóstico.

Un pediatra, un psiquiatra o un profesional capacitado en el campo de la salud mental normalmente diagnostica los trastornos relacionados con el abuso de sustancias en los adolescentes. Sin embargo, algunas personas creen que el abuso de sustancias en los adolescentes es el diagnóstico pediátrico que se pasa por alto con mayor frecuencia. Es muy probable que los adolescentes que utilizan drogas acudan a la consulta médica sin una manifestación física obvia. Muy frecuentemente, los médicos descubren los problemas de abuso de sustancias cuando los adolescentes se lesionan en accidentes que ocurren bajo la influencia de la droga, o cuando son llevados para recibir asistencia médica debido a intentos deliberados de dañarse a sí mismos. Los síntomas a menudo dependen de la sustancia de la que se abusa, de la

frecuencia de uso y del período transcurrido desde la última vez que se consumió la droga. Entre los síntomas, se incluyen los siguientes:

- Pérdida de peso
- Fatiga constante
- Enrojecimiento de los ojos
- Poca preocupación por la higiene

.....
.....

C)- PARANOIA Y OTROS TRASTORNOS DELIRANTES:

El trastorno delirante es un trastorno psicótico que se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes sin que se produzca otra patología significativa.

Estas ideas delirantes deben persistir como mínimo un mes y no deben ser la consecuencia directa del consumo de algún tipo de sustancias o enfermedad médica.

Las personas que tienen trastornos delirantes están firmemente convencidas de cosas que no son realmente ciertas. Por ejemplo, creer que son buenos escritores y que le han concedido un premio Nóbel o pensar que están siendo perseguidos y que hay personas que quieren hacerles daño.

Síntomas

Quienes padecen este trastorno presentan ideas ficticias o creencias falsas y están absolutamente convencidas de que están sucediendo, cuando realmente no es así.

Estas ideas se denominan "delirios" y, en ocasiones, llegan a atosigarla tanto que pueden inducirle a hacer cosas extrañas.

Los delirios pueden llegar a producir un gran tormento y angustia. Entre estas ideas, se incluyen situaciones que podrían suceder en la vida real, como ser perseguido, ser protagonista de un complot, ser envenenado o ser engañado por su pareja.

O bien, situaciones prácticamente imposibles que sucedan y que no ocurren en la vida cotidiana como creer que son el personaje de alguna novela o que han sido elegidos para salvar al mundo del mal, son las denominadas ideas delirantes extrañas.

Generalmente, hay un factor ambiental que favorece el desarrollo de las ideas delirantes.

Características de las personas con delirios

Son personas con una idea o creencia muy persistente que influyen de forma muy directa en su vida cotidiana.

Normalmente, la actividad laboral y social de quienes sufren este trastorno no se ven afectadas, salvo que las ideas delirantes

guarden relación con alguna de estas actividades o según el tipo de delirio. No obstante, la mayoría de las personas que sufren este trastorno desarrollan un estado de ánimo irritable, incluso pueden llegar a tener comportamientos violentos. Son muy reservados y guardan un cierto secretismo a la hora de hablar sobre su delirio. Son personas, en muchas ocasiones con ideas incoherentes y desorganizadas, pero con pleno sentido para ellos.

Diferentes tipos de ideas delirantes

En función del contenido del delirio, se clasifican en diferentes tipos: de persecución, de grandioso, somático, etc.

Tipo persecutorio. Es el más frecuente. Quien lo sufre está plenamente convencido de que es objeto de un complot, que está siendo espiado y perseguido.

Tipo grandioso. Se considera a sí mismo una persona importante porque cree que ha realizado algún gran descubrimiento, que tiene un talento extraordinario o que ha sido el protagonista de algún acontecimiento importante. Creen que son grandes científicos, banqueros, escritores, etc.

Tipo somático. Este tipo afecta a los sentidos. La idea más frecuente es el pensamiento de que una parte de su cuerpo desprende mal olor o que tiene algún parásito interno o caminando por su piel.

Tipo celoso. El objeto fundamental de este delirio es el convencimiento de que su pareja le es infiel. Este convencimiento está basado en suposiciones incorrectas y en pruebas inciertas. El gran problema de este tipo de idea delirante es que puede llegar a agredir físicamente a su pareja.

Tipo erotomaniaco. Quien lo sufre cree que otra persona está enamorada de él o de ella. Por lo general, tienden a ponerse en contacto con esa persona a través de llamadas de teléfono, mensajes de móvil, cartas, regalos, etc. Normalmente, la persona objeto de dicha idea ocupa un estatus superior, aunque también puede ser un desconocido.

Tratamiento

Existen tratamientos que pueden ayudar a aliviar los síntomas, reduciéndolos y ayudando a la persona a pensar con más claridad. Es muy importante que los medicamentos no se dejen de tomar, aunque la persona afectada se sienta mejor, ya que, si los suspende, lo más seguro es que los síntomas vuelvan.

Es aconsejable visitar periódicamente a un psicólogo o psiquiatra como parte del tratamiento, con el fin de que le ayuden y orienten a entender esos pensamientos y así poder controlarlos mejor y aprender, también, a prevenir problemas futuros.

.....
.....

D)- TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS:

Los trastornos del control de impulsos es un grupo de trastornos de etiología desconocida que se caracterizan por:

Acciones irresistibles: El sujeto no puede resistirse al impulso o tentación de llevar a cabo acciones, aunque sean peligrosas para él o los demás.

Antes de llevar a cabo la acción hay un aumento de la tensión emocional (activación emocional). Durante la acción: Sensación placentera, liberadora. Tras la acción pueden arrepentirse o sentirse culpables.

Tipos

Trastorno explosivo intermitente: Existen episodios aislados de falta de control de impulsos agresivos (agresiones serias, destrucción de la propiedad...) que se manifiestan con ataques de ira desproporcionados. Se instauran en minutos u horas y pueden remitir espontáneamente. Posteriormente suele haber arrepentimiento o autorreproche.

Cleptomanía: Impulso irresistible de robar objetos, tengan o no valor. El robo no es premeditado.

Piromanía: Existe una fascinación por el fuego y una gratificación al provocarlo. Se trata de acciones deliberadas y premeditadas. Suelen meterse en las profesiones relacionadas (bomberos).

Ludopatía (juego patológico): Conducta de juego persistente, recurrente y que produce disfunción psicosocial, familiar y económica. La necesidad de juego va en aumento.

Tricotilomanía: Falta de control de impulsos de tirarse del pelo hasta arrancarlo provocando calvas. No hay disfunción psicosocial. Puede llegar a relacionarse con la tricofagia.

Dermatilomanía: Urgencia compulsiva por rascar, excoriar o pellizcar la propia piel.

Onicofagia: Hábito compulsivo de comer, cortar o morder las uñas.

Dermatofagia: Impulso compulsivo de morderse la piel alrededor de las uñas.

Tricofagia: Falta de control de impulsos de arrancarse el pelo y comérselo.

Compra por impulso: Impulso irresistible de compra espontánea, no premeditada.

Síndrome de Acaparador Compulsivo: tendencia a la acumulación de artículos u objetos en forma excesiva, incluso si los objetos no tienen valor, son peligrosos o insalubres.

OTROS AUTORES EXPRESAN LO SIGUIENTE:

La sintomatología esencial consiste en el fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio sujeto o para los demás. Ocurriendo además con una sensación creciente de tensión o activación antes de llevarlo a cabo. En el momento de consumir el acto el individuo siente placer, gratificación o liberación, sin embargo, después puede haber sentimientos de pena, culpa, autorreproche, etc.

Trastorno explosivo

Consiste en episodios de pérdida del control de los impulsos agresivos, dando lugar a actos violentos, graves o a destrucción de la propiedad. La agresividad manifestada no es en absoluto proporcional al motivo desencadenante.

Cleptomanía

Fracaso repetido en aguantar los impulsos de robar objetos que ni son necesarios para el uso personal ni se toman por su valor. Esos objetos pueden ser luego abandonados, regalados, escondidos o, simplemente, olvidados.

Normalmente el individuo tiene suficiente dinero como para poder adquirir lo que roba, pero siente como una necesidad y tensión al hacerlo experimentando una intensa gratificación o alivio después de cometido el acto.

Juego patológico

Fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar apareciendo una conducta de juego que compromete y lesiona los intereses personales, familiares o vocacionales. Los problemas que van surgiendo como consecuencia del juego tienden a aumentar la propia conducta de seguir jugando.

Lo más característico es que aparezcan importantes deudas personales con incapacidad para poder satisfacerlas implicándose otras responsabilidades financieras y llevando progresivamente al deterioro en las relaciones familiares, el trabajo, etc.

Piromanía

Es la tendencia patológica a la provocación de incendios. La sintomatología esencial es producir incendios de forma deliberada y consciente en más de una ocasión conllevando una importante tensión y activación afectivas antes del incendio con una gran liberación e intenso placer o alivio al encender el fuego, al presenciarlo o al participar en sus consecuencias. Además, el sujeto suele sentir interés, curiosidad y atracción por todo lo relacionado.

Tricotilomanía

Consiste en el fallo repetido para resistir los impulsos de arrancarse el propio cabello. El individuo experimenta un aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de realizar la conducta consiguiendo una sensación de alivio o gratificación al arrancarse el pelo.

.....
.....

E)- TRASTORNOS DE DESARROLLO INTELECTUAL:

Los trastornos del desarrollo intelectual (TDI) son un grupo de alteraciones del desarrollo caracterizadas por una notable limitación de las funciones cognitivas, trastornos del aprendizaje y de las habilidades y conductas adaptativas.

El trastorno de desarrollo intelectual (IDD, por sus siglas en inglés), también conocido como discapacidad intelectual (ID, por sus siglas en inglés), tienen déficits en el funcionamiento intelectual general. Tienen problemas con destrezas como razonamiento, planificación, criterio, pensamiento abstracto y tipos múltiples de aprendizaje. Muchos de los síntomas del IDD son los que las personas denominan "retraso mental", un término usado en versiones anteriores del DSM hasta que el DSM-V le dio un nuevo nombre al trastorno. Los síntomas del IDD se dividen en tres categorías generales: conceptuales, sociales y prácticas.

Impedimentos conceptuales

- Déficits globales en tipos múltiples de aprendizaje y a lo largo de etapas múltiples del desarrollo.
- Retrasarse en la escuela o en otros ambientes académicos
- Tener dificultades con destrezas como memoria, resolución de problemas, conocimiento y razonamiento

Impedimentos sociales

- Tener problemas para comunicarse y asimilar nueva información
- Falta de inhibiciones sociales debido a la imposibilidad de interpretar ciertas señales o conductas de otros
- Dificultad para hacerse de amigos y mantenerlos

Impedimentos prácticos

- Retraso en destrezas que los niños pequeños aprenden naturalmente, tales como gatear, caminar y hablar
- Dificultad para dominar destrezas prácticas, diarias, tales como cuidado personal o manejo de dinero
- Falta de capacidad para manejar responsabilidades u organizar tareas.

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.

Se deben cumplir según el DSM-5 los tres criterios siguientes:

- Deficiencias de las funciones intelectuales
- Deficiencias del comportamiento adaptativo
- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Tratamiento:

Muchos programas de educación especial pueden ayudar a niños con IDD. Si bien es un trastorno para toda la vida, estos programas usan manejo y rehabilitación para ayudar a los niños a mejorar las destrezas que carecen y vivir lo más feliz y autónomamente posible.

5)- FACTORES BIOLÓGICOS:

***TRAUMATISMOS**

***COMPLICACIONES NEONATALES**

***EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.**

Toda persona que se expone a un hecho traumático puede reaccionar de diversas maneras.

Para poder comprender las diferentes respuestas derivadas de las experiencias traumáticas, hay que tomar en cuenta los diversos factores que existen en torno de cada persona tanto de índole individual, familiar, social, económico y cultural.

Es por lo anterior que, si bien ante las experiencias traumáticas algunas personas no presentan patologías mentales, también existen otras que sí las podrían presentar y mencionando dos grandes grupos de estas psicopatologías que con mayor frecuencia se pueden correlacionar, se encuentra las que tienen un fondo orgánico producido por la noxa externa (accidente de tránsito) y las correlacionadas con los trastornos neuróticos.

Experiencias traumáticas: generalidades

Existen varios factores que dificultan la comprensión de las respuestas a las experiencias traumáticas, entre los cuales se deben considerar:

- a) Una rica complejidad de las relaciones entre las experiencias traumáticas.
- b) Las variables moderadas que influyen en las experiencias traumáticas.
- c) Los resultados que los Psicólogos y Médicos Psiquiatras observan en la fórmula de los síntomas.

Esto se debe en parte a que las experiencias traumáticas de una persona pueden variar grandemente en términos de: intensidad, duración, frecuencia, significado y otros factores.

Esto implica que dos personas pueden tener la misma experiencia traumática y mostrar reacciones muy diferentes. Lo que dependerá de variables individuales, tales como: una historia previa de trauma, la edad, el sexo, los antecedentes culturales, la vulnerabilidad biológica, las percepciones del individuo acerca de cuán grande fue el peligro al que él estuvo expuesto, así como otras personas que estuvieron presentes en el momento de la experiencia traumática (en este caso accidente de tránsito), el grado de apoyo social que recibió o recibieron posterior a la experiencia.

Existen cinco categorías generales de factores que influyen en la respuesta que se dan a las características súbitas negativas e incontrolables de estas experiencias, estas incluyen:

a) factores biológicos, b) la fase de desarrollo en la que se encuentra el individuo cuando se produce la experiencia traumática, c) la severidad de las tensiones, d) el contexto social y e) los acontecimientos de vida previos y subsecuentes. En general, estos factores afectan la respuesta del trauma porque también afectan la percepción de situación incontrolable o el grado en el cual se experimenta un hecho y se le considera negativo.

Factores biológicos

Con respecto a este punto se deben de tener dos consideraciones, una que se encuentra antes de la experiencia traumática y otra que se encuentra después de dicha experiencia:

1. Una predisposición biológica o genética hacia la vulnerabilidad o hacia la resistencia al trauma: En general se puede esperar que los individuos que tienen predisposiciones biológicas hacia la ansiedad, la agresión o a la depresión vayan a desarrollar más reacciones severas cuando se exponen al trauma.

2. El cambio biológico que puede ocurrir en respuesta a las experiencias traumáticas: Algunos investigadores han desarrollado modelos que especifican los cambios neurológicos posteriores a las experiencias traumáticas y se han centrado en los cambios de las funciones de los neurotransmisores, principalmente en los estudios que han desarrollado en personas que sufren síntomas compatibles con un Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo estas funciones de los neurotransmisores son muy difíciles de estudiar y sólo han sido

probados indirectamente en seres humanos, por lo que han dejado abierta la pregunta en torno a su validez.

Etapa de desarrollo en la época del trauma

Las respuestas al trauma de parte de los niños van a depender de diferentes variables, entre ellas su desarrollo emocional, cognitivo y social.

El desarrollo emocional de un niño sin duda va a afectar la respuesta al trauma, es así como un niño que tiene un apego seguro, se espera que muestre un ajuste más positivo y de largo plazo al trauma, que un niño que tiene un apego inseguro.

El nivel de desarrollo cognitivo de un niño, así como su desarrollo social en la época del trauma también van a ser importantes para la adaptación: Hay estudios que indican que mayores grados de destrezas sociales y cognitivas, pueden permitirle al niño ejercer más control sobre su ambiente, de manera que puede reducir su ansiedad y la posibilidad de eludir futuras tensiones o experiencias traumáticas. Sin embargo, hay otros estudios que indican que más bien un mayor grado de desarrollo cognitivo puede hacer que los niños sean más vulnerables a cierto tipo de traumas debido a que cuánto más avanzadas son las habilidades cognitivas, se dan mayores percepciones de la falta de control o una valencia negativa más alta hacia el evento.

Es por lo anterior, que hay estudios que hablan de que el trauma puede tener mayor impacto en los niños que tienen una edad que oscila entre los 2 y 7 años debido a que la regulación de la autoestima, el control del ambiente y del ser se están desarrollando. Pero hay otros estudios que dicen que un desarrollo más avanzado puede hacer que un niño sea más vulnerable al trauma.

La severidad del trauma

Diferentes estudios han encontrado relaciones entre la severidad de la experiencia traumática y los síntomas postraumáticos posteriores.

La intensidad, la naturaleza y la duración del trauma podrían afectar todas las percepciones del individuo en cuanto a control y en cuanto al valor negativo que el evento tiene.

Contexto social

Incluye el ambiente socioeconómico, el contexto familiar y el apoyo social que tiene dicho individuo. Cuando se vive en un ambiente de múltiples presiones es más probable que se exacerben las respuestas postraumáticas

Acontecimientos de vida previas y subsecuentes

Estos acontecimientos podrían exacerbar o mitigar las respuestas a largo plazo de los eventos traumáticos. Existen dos perspectivas principales sobre los efectos de experiencias de vida previa y que ejercen presión sobre la habilidad de la persona para sobrellevar las experiencias traumáticas:

Los eventos tensos pueden inocular a las personas de manera que se vuelvan más resistentes a los eventos subsecuentes o por otra parte los acontecimientos tensos previos al trauma pueden reducir los recursos psicológicos e impedir que la habilidad individual sea capaz de enfrentar el trauma.

Secuela Psíquica: En relación con la valoración del daño corporal con efectos indemnizatorios está íntimamente ligado al de daño psíquico, pues este es el resultado de la acción de una noxa externa que actúa sobre la persona y que produce en ella un trastorno mental.

Pero para que dicho trastorno mental sea considerado como secuela, debe permanecer, después de haber llevado a cabo un tratamiento adecuado, un programa de rehabilitación y una vez que el estado clínico se considera estabilizado.

Se trata por tanto de lesiones permanentes que no desaparecen con los tratamientos.

Es decir, para que un trastorno mental tenga carácter de secuela psíquica, ha de reunir los siguientes criterios:

1. Daño psíquico producido como consecuencia de un acontecimiento traumático o noxa externa y establecimiento adecuado del nexo de causalidad. La noxa externa (accidente de tránsito) que origina un daño psíquico puede actuar de cualquiera de las siguientes formas:

A. Lesión orgánica cerebral directa por traumatismo craneo encefálico.

B. Lesión cerebral indirecta: traumatismo en cualquier otra región anatómica que provoque alteraciones metabólicas o endocrinas originarias de afectación cerebral secundaria.

C. Vivencia de la situación estresora o acontecimiento traumático (estrés psíquico).

D. Vivencia de los déficit funcionales o situacionales que se derivan de la noxa primitiva (estrés psicosocial).

2. Estabilización del cuadro después de la aplicación de tratamientos adecuados.

3. Curso crónico irreversible.

Daño psíquico

El concepto es más de tipo jurídico, para algunos autores implica que el individuo se ha visto afectado en alguna de sus diversas áreas o en la posibilidad de disfrutar de los bienes materiales o espirituales integralmente considerados, en síntesis, que se vea deteriorada su calidad de vida.

La enfermedad psíquica que el perito diagnostique debe dañar de manera perdurable una o varias de las funciones del sujeto en las diferentes áreas del despliegue vital: incapacidad para desempeñar sus tareas habituales, incapacidad para acceder al trabajo, incapacidad para ganar dinero y para relacionarse.

Para la determinación del daño psíquico es de vital importancia la comprobación de un nexo causal entre el hecho y el estado psíquico que presenta el usuario.

Cuando se valora el daño psíquico se deben de tomar en cuenta: El daño en el cuerpo, la máxima expresión del factor sorpresa o terror y la tendencia accidentofílica.

El daño en el cuerpo: se trata de la integridad física y la conservación de la salud, en las consecuencias traducidas en minusvalías o incapacidades y el compromiso que alcance, en las diferentes áreas de su vida.

Por ello es necesario considerar las respuestas que cada ser humano único pueden dar frente a un hecho que presente un compromiso del cuerpo.

El factor sorpresa o terror: los accidentes de tránsito tienen como rasgo distintivo que son sorprendivos, abruptos e inesperados, con lo que el aparato psíquico no se haya de ningún modo preparado. Irrumpe un estímulo súbito e intenso que sorprende al sujeto.

Los modos de responder al trauma pueden ser:

A. El estado de fortaleza que pone en marcha mecanismos defensivos, que puedan elaborar lo traumático, cuando se trata de personas con una fuerte estructura psíquica y con grandes capacidades sublimatorias y creativas que posibilitan sortear el daño sufrido.

B. La posibilidad de que el sujeto no pueda tramitar psíquicamente el impacto del hecho traumático debido a la instrumentación de mecanismos defensivos ineficaces que restan caudal energético para desarrollar su intervención en diversas áreas del despliegue vital.

Es por ello por lo que cada individuo responde al conflicto y al trauma con sus recursos yoicos y sus defensas y no de otra manera.

La tendencia accidentofílica: cuando se verifica una repetición de hechos accidentales, que permiten inferir la existencia de un

determinismo inconsciente, como causa de dichas situaciones. Merece el mayor cuidado la evaluación de este tópico.

Patologías mentales relacionadas con accidentes de tránsito:

Lo que se recomienda es que cuando se valoren las patologías mentales derivadas de accidentes de tránsito, deben de estar basadas en las actuales clasificaciones internacionales el DSM IV y el CIE-10.

Las categorías diagnósticas relacionadas que se describirán a continuación no son las únicas, pero son las que consideramos que con más frecuencia se relacionan:

Los Trastornos Mentales Orgánicos que incluyen: Alucinosis Orgánica, Síndrome Post Conmocional, Trastorno de Personalidad Orgánico, Demencia debida a Traumatismo Craneal, Trastornos del Humor (Afectivo) Orgánico.

Los Trastornos Neuróticos que incluyen: Trastorno Disociativo, Trastorno de Pánico, Fobia Específica.

Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación que incluyen: Reacción a Estrés Agudo, Trastorno de Estrés Post Traumático y Trastorno de Adaptación.

Trastornos mentales orgánicos:

En términos generales los criterios mediante los cuales se diagnostica son: a) Pruebas objetivas (de la exploración física, neurológica y resultados de laboratorio), b) y/o antecedentes de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, c) o trastorno físico sistémico del que se sabe puede causar disfunción cerebral, incluyendo alteraciones hormonales y efectos de drogas no psicoactivas.

Puede existir una supuesta relación entre el desarrollo o exacerbación de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el trastorno mental. Es así que cuando se da una desaparición o mejoría de las causas (ver puntos b y c del párrafo anterior), se da una recuperación o mejoría del trastorno mental.

1. Síndrome Post -conmocional

a) Debe cumplir los criterios generales.

b) Debe existir el antecedente de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia que precede al inicio de los síntomas.

c) Debe de incluir al menos tres de los siguientes rasgos:

- Quejas de sensaciones molestas y dolores, tales como cefalea, mareo, malestar general, cansancio excesivo, intolerancia al ruido, dificultad de concentración, de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales y deterioro de la memoria.

- Cambios emocionales como irritabilidad y labilidad emocional, ambos fácilmente provocables o exacerbables en situaciones de tensión emocional o cierto grado de presión y/o ansiedad.

- Insomnio.

- Disminución de la tolerancia al alcohol.

- Preocupación por los síntomas anteriores y temor por una lesión cerebral permanente, ideas sobrevaloradas hipocondriacas y la adopción de un papel de enfermo.

2. Trastorno Orgánico de la Personalidad

Se caracteriza por presentar dos o más de los siguientes rasgos: una capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin; alteraciones emocionales; expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales; trastornos cognoscitivos en forma de suspicacia o ideas paranoides y/o preocupación excesiva por un tema único; una marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje y alteración del comportamiento sexual.

3. Síndrome Amnésico Orgánico

Los trastornos amnésicos causados por lesiones en la cabeza suelen asociarse a un periodo de amnesia retrógrada hasta el momento del incidente traumático o amnesia sobre el propio acontecimiento traumático. La gravedad de la lesión cerebral está relacionada de alguna manera con la duración y la gravedad del síndrome amnésico. La mejoría clínica de la amnesia durante las primeras 5 semanas después de haber recuperado la conciencia, anuncia siempre la mejoría de definitiva.

4. Trastorno de Humor (Afectivo) Orgánico.

Se trata de un trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad. Puede también estar presente en cualquier otro de los rasgos característicos de episodio depresivo. El único criterio para la inclusión de este estado de la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria o deducida a partir de una adecuada información amnésica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional al conocimiento de la presencia de este o a las consecuencias de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Trastornos de Pánico

La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico). Se caracteriza por un episodio diferenciado de intenso miedo o malestar, se inicia abruptamente, alcanza su

máxima intensidad en pocos minutos y dura por lo menos algunos minutos, se presenta al menos cuatro síntomas:

- Síntomas autonómicos (palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca).
- Síntomas relacionados con tórax o abdomen (dificultad para respirar, dolor o malestar en el pecho, náuseas).
- Síntomas relacionados con el estado mental (sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, miedo a perder el control, miedo a morir).
- Síntomas generales (sofocos de calor o escalofríos, aturdimiento o sensación de hormigueo).

Reacción a Estrés Agudo

Se caracteriza porque el paciente tiene que haber estado expuesto a un estrés físico o psicológico excepcional, por lo general remite en horas o días (en promedio de 2 a 3 días), la experiencia traumática puede ser una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o personas allegadas.

Dentro de los síntomas que la caracterizan tenemos: estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia; estrechamiento de la atención; incapacidad para asimilar estímulos; desorientación; puede existir amnesia total o parcial para el episodio. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor) o una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes los síntomas vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Puede existir amnesia total o parcial para el episodio.

Trastornos de Adaptación

Se caracteriza por ser una reacción aguda a una situación estresante o traumática reciente, que causa alteraciones emocionales que por lo general interfieren en la actividad social. Al presentarse problemas o preocupaciones en la vida diaria, el paciente se siente muy angustiado.

Puede haber síntomas orgánicos o de otro tipo como: estado de ánimo bajo o depresivo, preocupaciones, ansiedad, sentimiento de ser incapaz de superar las situaciones y de planificar el futuro o de poder continuar con la situación presente y un cierto grado de deterioro de cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

Las manifestaciones predominantes pueden ser: Reacción depresiva breve (cuya duración no excede más de un mes); Reacción depresiva prolongada (cuya duración no excede los dos años); Reacción mixta de ansiedad y depresión; Con predominio de alteraciones de otras emociones; Con predominio de alteraciones disociales; Con alteración mixta de emociones y disociales.

Trastorno de Estrés Postraumático

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes de tránsito, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición de este.

Las características típicas del trastorno de estrés postraumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol pueden ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede despejar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos un trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente y de la personalidad.

II)-COMPLICACIONES NEONATALES:

Las convulsiones neonatales son descargas eléctricas anormales del SNC de los recién nacidos; suelen manifestarse por actividad muscular estereotipada o alteraciones neurovegetativas. El

diagnóstico se confirma por EEG; están indicados estudios complementarios para investigar las causas. El tratamiento depende de la causa.

Se observan convulsiones hasta en el 1,4% de los recién nacidos de término y el 20% de los recién nacidos prematuros. Las convulsiones pueden estar relacionadas con un problema neonatal grave y requieren evaluación inmediata. La mayoría de las convulsiones neonatales son focales, probablemente porque la falta de mielinización y la formación incompleta de dendritas y sinapsis en el encéfalo de los recién nacidos dificulta la generalización de la actividad eléctrica.

Algunos recién nacidos en quienes se realiza EEG para evaluar convulsiones u otros síntomas de encefalopatía (p. ej., hipoactividad, menor capacidad de respuesta) muestran tener convulsiones clínicamente silentes (≥ 20 seg de actividad eléctrica epileptiforme rítmica durante un EEG sin ninguna actividad convulsiva clínicamente visible). En ocasiones, la actividad eléctrica clínicamente silente es continua y persiste > 20 minutos; en este caso, se define como un estado epiléptico eléctrico.

Etiología

La descarga eléctrica anormal del SNC puede ser causada por un Proceso intracraneal primario (p. ej., meningitis, accidente cerebrovascular isquémico, encefalitis, hemorragia intracraneal, tumor, malformación)

Problema sistémico (p. ej., hipoxia-isquemia, hipoglucemia, hipocalcemia, hiponatremia, otros trastornos metabólicos)

Por lo general, no es posible diferenciar las convulsiones secundarias a un proceso intracraneal de aquellas secundarias a un problema sistémico por sus características clínicas (p. ej., focales frente a generalizadas).

La hipoxia-isquemia, la causa más frecuente de convulsiones neonatales, puede producirse antes o después del parto o durante este (ver Revisión de los trastornos respiratorios perinatales). Estas convulsiones pueden ser graves y difíciles de tratar, pero tienden a desaparecer después de aproximadamente 3-4 días. Cuando la hipoxia neonatal es tratada con hipotermia terapéutica (por lo general el enfriamiento de todo el cuerpo), las convulsiones pueden ser menos graves, pero pueden repetirse durante el recalentamiento.

Es más probable que el accidente cerebrovascular isquémico afecte a recién nacidos con policitemia, trombofilia secundaria a un trastorno genético o hipotensión grave, pero puede observarse en recién nacidos sin ningún factor de riesgo. Por lo general, el accidente cerebrovascular afecta la distribución de la arteria

cerebral media o, si se asocia con hipotensión, las regiones límite entre los distintos territorios vasculares. Las convulsiones por accidente cerebrovascular tienden a ser focales y pueden provocar apnea.

Las infecciones neonatales, como las meningitis y la sepsis, pueden causar convulsiones; en estos casos, las convulsiones se suelen acompañarse de otros signos y síntomas. En los recién nacidos, los estreptococos grupo B y las bacterias gramnegativas son causas frecuentes de estas infecciones. La encefalitis por citomegalovirus, virus herpes simple, virus de la rubéola, Treponema pallidum o Toxoplasma gondii también puede causar convulsiones.

La hipoglucemia es frecuente en recién nacidos cuyas madres tienen diabetes, que son pequeños para la edad gestacional o presentan hipoxia-isquemia u otros factores de estrés. Las convulsiones por hipoglucemia tienden a ser focales y variables. La hipoglucemia prolongada o recurrente puede afectar de manera permanente el SNC.

La hemorragia intracraneal, incluidas hemorragia subaracnoidea, cerebral e intraventricular, puede causar convulsiones. La hemorragia intraventricular, que afecta con mayor frecuencia a recién nacidos prematuros, se debe a sangrado en la matriz germinal (una zona adyacente a los ventrículos que da origen a las neuronas y células de la glía durante el desarrollo).

La hipernatremia o la hiponatremia pueden causar convulsiones. La hipernatremia puede deberse a una sobrecarga accidental de cloruro de sodio oral o IV. La hiponatremia puede ser secundaria a dilución (cuando se administra demasiada agua VO o IV) o a pérdida de sodio por materia fecal u orina.

Por lo general, la hipocalcemia (concentración sérica de calcio < 7,5 mg/dL [$< 1,87$ mmol/L]) se acompaña de una concentración sérica de fósforo > 3 mg/dL ($> 0,95$ mmol/L) y puede ser asintomática. Los factores de riesgo de hipocalcemia son prematuridad y un parto difícil.

La hipomagnesemia es una causa rara de convulsiones, que pueden sobrevenir cuando la concentración sérica de magnesio es < 1,4 mEq/L ($< 0,7$ mmol/L). A menudo, la hipomagnesemia coexiste con hipocalcemia, y corresponde considerarla en recién nacidos con hipocalcemia si persisten las convulsiones después del tratamiento adecuado con calcio.

Las metabopatías congénitas (p. ej., aminoaciduria o aciduria orgánica) pueden provocar convulsiones neonatales. En raras ocasiones, la deficiencia o la dependencia de piridoxina causa convulsiones; es fácil de tratar.

Las malformaciones del SNC también pueden causar convulsiones.

El abuso de sustancias por parte de la madre (p. ej., cocaína, heroína, diazepam) es un problema cada vez más frecuente; la abstinencia después del nacimiento puede acompañarse de convulsiones.

Las convulsiones neonatales pueden ser familiares; algunas tienen causas genéticas. Las convulsiones neonatales familiares benignas es un canalopatía del potasio heredada en un patrón autosómico dominante. La encefalopatía epiléptica temprana del lactante (síndrome de Ohtahara) es un raro trastorno asociado con una variedad de mutaciones.

Signos y síntomas

Por lo general, las convulsiones neonatales son focales y pueden ser difíciles de reconocer. Las manifestaciones frecuentes son sacudidas mioclónicas migratorias, hemiconvulsiones alternantes y convulsiones subcorticales primitivas (que causan paro respiratorio, movimientos masticatorios, desviaciones oculares persistentes y alteraciones episódicas del tono muscular). Las convulsiones tonicoclónicas generalizadas son infrecuentes.

Suele observarse actividad convulsiva eléctrica clínicamente silente después de una lesión hipóxica-isquémica (como asfisia perinatal o accidente cerebrovascular) y en recién nacidos con infecciones del SNC, en especial después del tratamiento anticonvulsivo inicial, que es más probable que suprima las manifestaciones clínicas que la actividad eléctrica convulsiva.

Diagnóstico

EEG, Pruebas de laboratorio (p. ej., glucemia, electrolitos, análisis de LCR, urocultivos y hemocultivos)

Por lo general, estudios por la imagen craneales

La evaluación comienza con una anamnesis familiar y un examen físico detallados.

Deben distinguirse los sobresaltos (contracción y relajación alternante de músculos antagonistas de los miembros) de la actividad convulsiva verdadera. Por lo general, los sobresaltos son inducidos por estímulos y pueden ser detenidos manteniendo inmóvil el miembro; por el contrario, las convulsiones son espontáneas y se percibe la actividad motora, aunque se mantenga inmóvil el miembro.

EEG

El EEG (de vigilia y sueño) es esencial, sobre todo cuando es difícil determinar si el recién nacido presenta convulsiones. El EEG también es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento

El EEG debe capturar períodos de sueño activo y tranquilo y, por consiguiente, puede requerir ≥ 2 horas de registro. Un EEG normal con la variación prevista durante los estadios del sueño es un signo de buen pronóstico; un EEG con alteraciones difusas graves (p. ej., patrón de supresión de voltaje o brotes) indica mal pronóstico.

El ECG en la cama del paciente con monitorización en vídeo durante ≥ 24 horas puede detectar las convulsiones eléctricas clínicamente silentes en curso, sobre todo en los primeros días después de un accidente cerebrovascular.

Pruebas de laboratorio

Deben realizarse de inmediato estudios de laboratorio para buscar trastornos subyacentes tratables; los estudios deben incluir oximetría de pulso, determinación de las concentraciones séricas de glucosa, sodio, potasio, cloruro, bicarbonato, calcio y magnesio; y punción lumbar para análisis del LCR (recuento de células y fórmula, glucosa, proteínas) y cultivo. Se realiza urocultivo y hemocultivo.

La necesidad de otras pruebas metabólicas (p. ej., pH arterial, gases en sangre, bilirrubina sérica, aminoácidos y ácidos orgánicos en orina) o de investigación de drogas de abuso comunes (transferidas al recién nacido por vía transplacentaria o por leche materna) depende del cuadro clínico.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Por lo general se realizan estudios de imágenes a menos que la causa sea evidente de inmediato (p. ej., alteración de la glucosa o de los electrolitos). Se prefiere la RM, pero puede no ser fácilmente disponible; en tales casos, se realiza una TC de cerebro.

Para los lactantes muy enfermos que no se pueden trasladar hasta radiología, se puede realizar una ecografía craneana junto a la cama; puede detectar hemorragia intraventricular pero no subaracnoidea. Se realiza RM o TC cuando los lactantes están estables.

La TC de cerebro permite detectar hemorragia intracraneal y algunas malformaciones encefálicas. La RM muestra malformaciones más claramente y puede detectar tejido isquémico dentro de unas pocas horas del inicio.

La espectroscopia de resonancia magnética puede ayudar a determinar la extensión de una lesión isquémica o identificar la

acumulación de ciertos neurotransmisores asociados con un trastorno metabólico subyacente.

Pronóstico

El pronóstico depende de la etiología:

Alrededor del 50% de los recién nacidos con convulsiones secundarias a hipoxia-isquemia presentan desarrollo normal.

La mayoría de los recién nacidos con convulsiones por hemorragia subaracnoidea, hipocalcemia o hiponatremia evolucionan bien.

Aquellos con hemorragia intraventricular grave tienen una alta tasa de morbilidad.

En las convulsiones idiopáticas o las debidas a malformaciones, el comienzo más temprano se asocia con peores resultados del desarrollo neurológico.

No se sabe si las convulsiones neonatales causan daño más allá del provocado por el trastorno de base, aunque hay cierta preocupación de que el estrés metabólico de la descarga prolongada de las células nerviosas durante convulsiones de larga duración pueda causar daño cerebral adicional. Cuando la etiología son lesiones agudas del cerebro tales como hipoxia-isquemia, accidente cerebrovascular o infección, los recién nacidos pueden presentar una serie de convulsiones, pero éstas suelen desaparecer después de alrededor de 3 a 4 días; pueden recurrir de meses a años más tarde si ha habido daño cerebral. Las convulsiones secundarias a otros cuadros pueden ser más persistentes durante el período neonatal.

Tratamiento de la causa

Para la hipoglucemia, se administra dextrosa al 10% a razón de 2 mL/kg IV, y se controla la concentración sérica de glucosa; se administran infusiones adicionales según sea necesario, pero con precaución para evitar la hiperglucemia.

En la hipocalcemia, se administra gluconato de calcio al 10% a razón de 1 mL/kg IV (9 mg/kg de calcio elemental); esta dosificación puede repetirse si hay convulsiones hipocalcémicas persistentes. La velocidad de infusión de gluconato de calcio no debe superar los 0,5 mL/min (50 mg/min); se requiere monitorización cardíaca continua durante la infusión. Es preciso evitar la extravasación, porque puede provocar necrosis cutánea.

En caso de hipomagnesemia, se administran 0,2 mL/kg (100 mg/kg) de una solución de sulfato de magnesio al 50% por vía IM.

Las infecciones bacterianas se tratan con antibióticos.

La encefalitis herpética se trata con aciclovir.

Anticonvulsivos

Se indican anticonvulsivos, a menos que las convulsiones cedan rápidamente tras la corrección de trastornos reversibles, como hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia o hipernatremia.

El fenobarbital es aún el fármaco más utilizado; se administra una dosis de ataque de 15 a 20 mg/kg IV. Si persisten las convulsiones, se pueden administrar de 5 a 10 mg/kg IV cada 15-30 minutos hasta que éstas cedan o se alcance un máximo de 40 mg/kg. Si las convulsiones son persistentes, puede iniciarse el tratamiento de mantenimiento alrededor de 24 horas más tarde con 1,5-2 mg/kg cada 12 h, que se aumentan a 2,5 mg/kg cada 12 h en función de la respuesta clínica o EEG o de las concentraciones séricas del fármaco. Se continúa con fenobarbital IV, en especial si las convulsiones son frecuentes o prolongadas. Cuando el lactante está estable, puede administrarse fenobarbital por vía oral, en dosis de 3 a 4 mg/kg una vez al día. Las concentraciones séricas terapéuticas de fenobarbital son de 20 a 40 µg/mL (85 a 170 µmol/L).

El levetiracetam se está utilizando cada vez más para tratar las convulsiones neonatales, ya que es menos sedante que el fenobarbital. Se administra IV como una dosis de carga IV de 20 a 50 mg/kg, y la terapia puede continuarse en dosis de 10 a 25 mg/kg IV cada 12 h. Las concentraciones terapéuticas no han sido bien establecidas en el recién nacido.

La fosfenitoína se puede utilizar si las convulsiones continúan a pesar de fenobarbital y levetiracetam. La dosis de ataque es de 20 mg EF (equivalentes de fenitoína)/kg IV. Se administra en 30 minutos para evitar hipotensión o arritmias. Después, se puede iniciar una dosis de mantenimiento de 2 a 3 mg EF/kg cada 12 horas, que se ajusta en función de la respuesta clínica o las concentraciones séricas. Las concentraciones séricas terapéuticas de fenitoína en los recién nacidos son de 8 a 15 µg/mL (32 a 60 µmol/L).

Puede usarse el Lorazepam 0,1 mg/kg IV inicialmente durante una convulsión prolongada o para las convulsiones resistentes y repetirlo con intervalos de 5 a 10 minutos, hasta 3 dosis en un período de 8 horas.

Se mantiene en observación estricta a los recién nacidos tratados con anticonvulsivos IV; las dosis grandes y las combinaciones de fármacos, sobre todo Lorazepam más fenobarbital, pueden provocar depresión respiratoria.

La duración apropiada de la terapia no es conocida para cualquiera de los anticonvulsivos, pero si las convulsiones están bajo control, los anticonvulsivos pueden ser interrumpidos antes del alta de la sala de recién nacidos.

Conceptos clave

Las convulsiones neonatales ocurren generalmente en reacción a un evento sistémico o del SNC (p. ej., hipoxia/isquemia, accidente cerebrovascular, hemorragia, infección, trastorno metabólico, anomalía cerebral estructural).

Por lo general, las convulsiones neonatales son focales y pueden ser difíciles de reconocer; las manifestaciones frecuentes son sacudidas mioclónicas migratorias, movimientos masticatorios, desviaciones oculares persistentes y alteraciones episódicas del tono muscular.

El EEG es esencial para el diagnóstico; las pruebas de laboratorio y en general las de neuroimágenes se realizan para identificar las causas.

El tratamiento está destinado a la causa.

Administrar fenobarbital o levetiracetam si las convulsiones no se detienen cuando se corrige la causa; fosfenitoína y Lorazepam pueden añadirse para las convulsiones persistentes.

6)- ALTERACIONES CONGNITIVAS:

*** Desarrollo intelectual**

***Aprendizaje**

***Factores mantenedores de la conducta.**

Las alteraciones cognitivas: Son un trastorno mental que afecta a las funciones cognitivas, principalmente, la memoria, la percepción y la resolución de problemas. Haciendo que el funcionamiento del cerebro no sea el adecuado como normalmente estamos habituados.

Los trastornos cognitivos resultan alteraciones funcionales de los procesos que sirven a la conducta. Se expresan en ciertas conductas de adaptación disfuncional en relación con los objetivos de un sujeto, y que, en última instancia, afecta a su bienestar.

Deficiencias y Sobredotación:

Al hablar de cognición generalmente se hace referencia a un conjunto de procesos cerebro - conductuales superiores concibiendo al cerebro humano como un sistema de procesamiento que maneja símbolos.

Deficiencia cognitiva:

Se le denomina deficiencia cognitiva como desperfecto o fallo sobre las distintas capacidades físicas y psíquicas que tiene un individuo. El retraso mental " un funcionamiento intelectual general significativamente menor a la media, que se origina durante el desarrollo y existe juntamente con un déficit en la conducta adaptativa (habilidad de adaptación).

DESARROLLO INTELECTUAL:

El conocimiento intelectual es la apropiación de los objetos que no pueden sernos presentados por los sentidos (mediadores), a los cuales no pueden estimular. Estos objetos son los modos de ser de las cosas y sus relaciones, que son , que valen, porque y para que, etc.

Cabe destacar que los conocimientos logrados a través de diversos procesos y etapas pueden servir para adquirir nuevos conocimientos, y a la vez constituyen un andamiaje, el cual es, por lo tanto, la posición o incorporación a nuestra vida de conocimientos dispuestos a ser actualizados. Por ello suele llamársele saber potencial, para diferenciarlo de la utilización práctica y efectiva de esos conocimientos que se denominan saber actual. Asimismo, recibe el nombre de saber la terminación del proceso psíquico en que se conoce o se aprehende algo.



La percepción es importante en el aprendizaje por...

- Es la principal fuente de conocimiento que nos permite no sólo la captación sino también la posibilidad de dirigir nuestra atención .
- Proceso condicionado por la madurez
- Representa uno de los pre-requisitos fundamentales para que se dé el aprendizaje escolar.
- Algunas personas ven partes de un todo, analizando y separando las ideas de su contexto, otras ven el todo y no sus detalles.
- Muchas veces es en esta fase donde suelen producirse trastornos que, aparte de otros de mayor gravedad,

constituyen los trastornos perceptivos como los trastornos audio-perceptivos y los problemas viso – perceptivos.

- Los aprendizajes afectados son los básicos: lectura, escritura, matemáticas.



FACTORES MANTENEDORES DE LA CONDUCTA:

Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de trastorno psicológico:

FACTORES BIOLÓGICOS

- Vulnerabilidad genética
- Complicaciones preperinatales
- Enfermedades o lesiones tempranas

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Inteligencia baja
- Temperamento difícil
- Baja autoestima
- Locus de control externo

CONTEXTUALES

FACTORES PATERNOFILIALES TEMPRANOS

- Dificultades en el vínculo
- Falta de estimulación intelectual
- Estilo educativo autoritario
- Estilo educativo permisivo
- Cuidado negligente
- Disciplina inconsistente

EXPOSICIÓN A PROBLEMAS FAMILIARES TEMPRANOS

- Problemas psicológicos en los padres
- Abuso de alcohol o drogas en los padres

- Criminalidad parental
- Violencia o discordia marital
- Desorganización familiar
- Hermanos con psicopatología

ACONTECIMIENTOS VITALES TEMPRANOS

- Duelos
- Separaciones
- Abuso
- Desventajas sociales
- Crianza en instituciones

FACTORES DE MANTENIMIENTO PERSONALES

FACTORES BIOLÓGICOS

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Baja autoestima
- Estilo atribucional disfuncional
- Distorsiones cognitivas negativas
- Estrategias de afrontamiento disfuncionales

CONTEXTUALES

FACTORES DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO

- Negación de los problemas por parte de la familia
- Ambivalencia de la familia sobre resolver los problemas
- La familia no ha afrontado antes problemas similares
- La familia rechaza el plan y la formulación de tratamiento
- Falta de coordinación entre los profesionales implicados

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

- Reforzamiento inadvertido del problema
- Vínculo inseguro padre-hijo
- Interacción coercitiva y estilo autoritario
- Interacción de sobre implicación y estilo permisivo
- Interacción desligada y estilo negligente
- Disciplina parental inconsistente
- Patrones de comunicación confusos
- Triangulación
- Organización familiar caótica
- Ausencia del padre
- Discordia marital

FACTORES DE LOS PADRES

- Los padres tienen problemas similares
- Psicopatología o criminalidad en los padres
- Expectativas inadecuadas sobre el desarrollo de los hijos
- Modelos internos de relación inseguros

- Mala autoestima como padres
- Locus de control parental externo
- Baja autoeficacia parental
- Estilo atribucional depresivo o negativo
- Distorsiones cognitivas
- Estrategias de afrontamiento disfuncionales

FACTORES DE LA RED SOCIAL

- Red de apoyo social pobre
- Alto estrés familiar
- Ubicación educativa inapropiada
- Miembro de un grupo de amigos problemáticos
- Desventaja Social
- Alta tasa de criminalidad
- Pocas oportunidades de empleo
- Violencia en los medios de comunicación

FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES BIOLÓGICOS

Buena salud física

PSICOLÓGICOS

- Inteligencia alta
- Temperamento fácil
- Buena autoestima
- Locus de control interno
- Alta autoeficacia
- Estilo atribucional optimista
- Estrategias de afrontamiento funcionales

CONTEXTUALES

FACTORES DE SISTEMA DE TRATAMIENTO

- La familia acepta que hay problemas
- La familia está decidida a resolver los problemas
- La familia ha afrontado antes problemas similares
- La familia acepta el plan y la formulación del tratamiento
- Buena coordinación entre los profesionales implicados

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

- Vínculo seguro padres-hijo
- Estilo educativo con autoridad
- Comunicación familiar clara
- Organización familiar flexible
- Implicación de padres
- Satisfacción marital

FACTORES DE LOS PADRES

- Buena adaptación a la paternidad
- Expectativas adecuadas sobre desarrollo
- Modelos internos de relación seguros
- Buena autoestima como padres
- Locus de control parental interno
- Alta autoeficacia parental
- Estilo atribucional optimista
- Estrategias de afrontamiento funcionales

FACTORES DE RED SOCIAL

- Buena red de apoyo social
- Estrés familiar bajo
- Ubicación educativa apropiada
 - Apoyo de los compañeros
- Nivel socioeconómico alto

FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES

- Acontecimientos vitales agudos
- Enfermedad o lesión
- Abuso
- Intimidación
- Nacimientos/duelos
- Transiciones evolutivas
- Cambio de escuela
- Pérdida de amistad
- Separación o divorcio
- Desempleo paterno
- Cambio de casa
- Dificultades económicas

7)-INFLUENCIAS FAMILIARES:

I)-CRIMINALIDAD PARENTAL

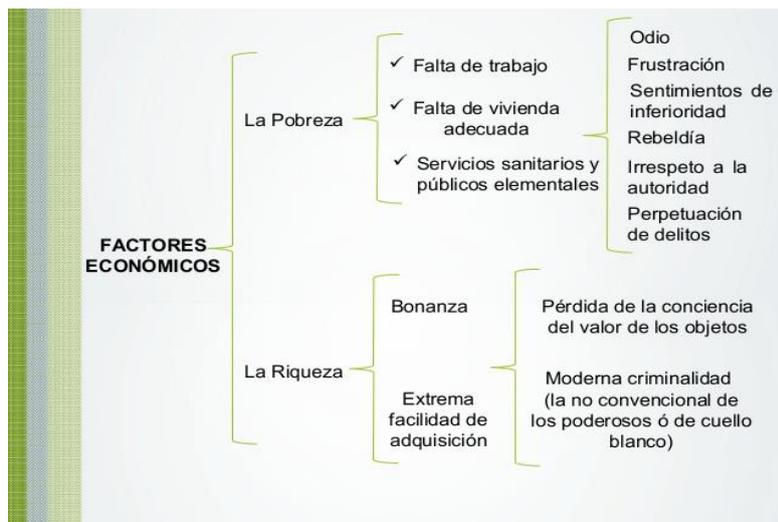
II)-ABUSO DE LA INFANCIA

III)-DEPRAVACIÓN PARENTAL

IV)-ESTILO DISCIPLINARIO

V)- CONFLICTOS MARITALES.

CRIMINALIDAD PARENTAL:



La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo, puesto que en ella comienza la participación en todas las áreas de interrelaciones humanas, consolidándose su integración a la sociedad.

Se debe comprender al adolescente como sujeto biopsicosocial, en quien se produce un fenómeno de crecimiento "transformador", simultáneamente físico, psicológico, y la búsqueda de su propio espacio social.

El adolescente es un receptor "ultrasensible" de las conductas del núcleo familiar conviviente. Los impactos recibidos pueden transformarse en sentimientos de rencor y conductas transgresoras.

La familia juega un rol primordial y decisivo en el comportamiento del niño por ser primer modelo de socialización, donde se adquieren las conductas básicas, incluyendo variadas formas de represión y regulación conductual, pudiendo transformarse en un factor criminógeno en la sociedad (HIRSCHI 1969) , a través de relaciones negativas entre los miembros del grupo familiar.

La disfunción familiar tiene gran influencia en la gestación de conductas transgresoras, ya que puede traer consigo carencias afectivas de tal intensidad, que provocan en el joven la búsqueda de compensaciones en otros ámbitos, ya que aquélla no puede cumplir su función socializadora.

La ausencia de reglas, control o límites puede producir indecisión e inseguridad, y la ansiedad de este proceso puede producir también en el niño agresividad e inadaptación; crece con ineptitud para tolerar cualquier frustración, de ahí la búsqueda ulterior de compensación y el refugio en la banda, propia de las barriadas periféricas y suburbios marginales, donde se alcanza un alto grado de desorganización social frente al mundo de valores considerados normales.

Las bandas, constituirá para el adolescente, el instrumento sustitutivo del papel de la familia, que ha fallado en los procesos

de integración inicial. El joven puede encontrar intereses comunes y relaciones internas muy fuertes en ella, necesarias para mantener la cohesión del grupo, a través del cual puede realizar lo que le ha sido negado a su clase social y rechazar, al mismo tiempo, los valores de las clases medias a los que el delincuente responsabilizará de su marginación.

Función paterna

La conexión entre la ausencia del padre y delincuencia surge de múltiples trabajos de investigación, siendo ello un buen predictor no solo de delincuencia sino también de diversas adicciones. (Gottfredson y Hirschi,1990) y (Stern, Northman y Van Slyk,1984).

La figura paterna juega un rol fundamental en:

- Instaurar la capacidad de control de impulsos agresivos, es decir en la autorregulación.(Lisak y Roth 1990-Biller y Trotter, 1994)
- Incorporación de la capacidad para postergar gratificaciones y buen predictor de empatía en el adulto (Sagi,1982-Biller,1993).
- Prohibición del incesto como fundante de la cultura. Estructuración de lo intrapsíquico (Freud).
- Asignar lugares y roles en la familia, protegiendo el encuadre familiar.
- Promover la emancipación o salida o de los hijos de la familia, asegurando su apertura al grupo social. (Berenstein,1976 y 1981).

Causas

Los estudios criminológicos mundiales señalan la multicausalidad del fenómeno de la delincuencia juvenil. Pero, aunque nos basemos en cuestiones jurídicas, cada Estado está sujeto a su propio sistema jurídico. ¿Qué es lo que hace que un joven delinca? En el origen de la transgresión adolescente encontramos varios tipos de causas: Hay jóvenes que cometen hechos que la ley califica como delitos, generalmente hurtos y robos con violencia en las cosas, por actitudes de contraposición a su familia y a las reglas sociales; otros en cambio, responden a claros, aunque no siempre explícitos, mandatos familiares y de su medio social.

Genética:

La idea de que la herencia tenga influencia en la criminalidad no implica que todo crimen tenga un origen hereditario, ni que este tipo de factores sean, por sí solos, capaces de producir la desviación criminal.

Según estudios realizados, se cree que un niño que fuera creado en una familia criminal aprendiera modelos antisociales de conducta, los cuales a su vez enseñara a sus propios hijos.

Goring y Lund demuestran que los criminales con ambos padres criminales se encuentran en proporción mayor que aquellos en los que solo uno de los padres es criminal.

Kuttner demuestra que los hijos de criminales delinquen con más frecuencia que los hijastros de estos.

Estudios realizados en niños adoptados sugirieron la presencia de un componente genético para la agresividad, aunque no siempre para la delincuencia. El riesgo de trastorno disocial se incrementa entre la descendencia de padres que tuvieron ese trastorno, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos inducidos por consumo de sustancias.

Los estudios de adopción de niños cuyos padres biológicos eran delincuentes tenían más probabilidades de presentar TCD, que los hijos adoptados cuyos padres biológicos no lo eran. Los estudios realizados en gemelos han indicado una tasa de concordancia mayor para el comportamiento delincuente en los gemelos monocigotas que en los dicigotas.

Factores Neurobiológicos:

- **Predominio relativo del sistema de recompensas sobre el inhibitorio, posiblemente por disfunción del sistema septo hipotalámico.**
- **Déficit en funcionamiento corteza prefrontal**
- **Alteración de los sistemas. Serotoninérgico y adrenérgico**
- **Hipertiroidismo. Síndrome disfórico de la fase luteínica.**
- **Hormonales: Se ha relacionado agresividad y testosterona plasmática en varones adolescentes debido a la elevada proporción de trastorno disocial en ellos, no así en prepúberes.**
- **La epilepsia. Es ampliamente conocida como enfermedad criminógena. Puede hablarse de una personalidad epiléptica, caracterizada por la excitación, la agresividad y la suspicacia, agravada en los menores por falta de inhibidores.**
- **Las secuelas de meningitis o de meningoencefalitis, cuando afectan las estructuras del sistema límbico, determinan conductas agresivas en los menores.**
- **Las anomalías físicas y funcionales son importantes en cuanto pueden impedir al menor a estudiar o trabajar adecuadamente. Se presenta en el menor un complejo de inferioridad y resentimiento contra la sociedad, lo que puede llevarlo a adoptar actitudes antisociales.**
- **Retraso psicomotor**
- **Crisis convulsivas. Crisis psicomotoras**
- **Traumatismos craneoencefálicos. Traumatismos perinatales.**
- **Graves problemas de aprendizaje y comunicación. - Ondas lentas en el EEG.**

Factores Psicopatológicos:

- * **Trastornos de Conducta Disocial, T. Oposicionista-desafiante,**

- * T. de Personalidad (Bordeline, Antisocial)
- * Esquizofrenia. Trastorno Bipolar y otros.
- * Tóxicos: Alcohol- Sustancias psicoactivas.

Factores Sociales:

- Desigualdad económica:
- Desempleo- Desocupación
- Baja escolaridad- Analfabetismo
- Medios de comunicación: Actualmente ciertos programas televisivos e Internet reemplazan a la familia como formadora de costumbres sociales.
- Escuela: desempeña un papel importante como agente socializador para niños y adolescentes. La institución escolar utiliza medios, procedimientos y métodos para mantener el orden y la disciplina las que son aplicadas a aquellos que violan las normas que rigen el comportamiento escolar.

Sin embargo, es necesario saber las causas que desencadenan el comportamiento en el adolescente. De no profundizarse en las razones de esa conducta las medidas disciplinarias no cumplirán su objetivo educativo, en tanto el adolescente mantiene los problemas, considerando a sus maestros como sus enemigos que solo lo juzgan, por lo que se distancia aún más de la escuela, reforzándose la conducta desviada.

- En algunos casos, el énfasis academicista o la excesiva competitividad a este nivel, promueven la aparición de comportamientos violentos o delictivos
- Subcultura delincuente: La pandilla; la vida callejera; el espíritu de burla a la policía y a la vigilancia, Existen comunidades o barrios en donde los jóvenes deben participar en "ritos de iniciación" para pertenecer a un grupo (robar , asaltar, cometer violación).

Factores Familiares:

Concordamos en el rol de modelo que representan los padres . La necesidad de aprender conductas adultas, de imitar ese modelo cercano, de seguir el ejemplo de los padres se incluye en la función educativa de la familia. No obstante, los adolescentes encuentran en ocasiones que el espejo está "empañado". Existen grupos familiares portadores de "indicadores de desajuste social". Los factores hallados con mayor frecuencia en la familia de adolescentes con antecedentes delictivos son:

- Rechazo parental.
- Ausencia de la figura paterna.
- Inestabilidad conyugal.
- Falta de atención al niño (abandono físico o emocional).
- Bajo nivel socio-económico ? Por su imposibilidad de progresar y de lograr metas, se considera que ubican naturalmente en estratos socioeconómicos mas bajos.

- baja cohesión familiar.
- Carencia de herramientas afectivas, cognitivas y conductuales .
Esto trae aparejado:
 - a) déficit en la comunicación intrafamiliar o patrones de comunicación predominantemente físicos.
 - b) dificultad paterno-materna de asumir su rol con autoridad o lo hacen con disciplinas muy severas.
- Familia numerosa
- Historia de institucionalizaciones
- Cambio frecuente de educadores:
- Promiscuidad
- Historia de abuso sexual intrafamiliar
- Conductas adictivas o delictivas en progenitores (sobre todo el alcoholismo paterno).
- Enfermedades mentales en familiares directos.

.....

II)- ABUSO EN LA INFANCIA:

El abuso infantil es cuando un padre o cuidador, sea a través de la acción o falta de acción, provoca lesiones, muerte, daño emocional o riesgo de daño serio a un niño. Hay muchas formas de maltrato infantil, incluyendo negligencia, abuso físico, abuso sexual, la explotación y el abuso emocional.

La mayoría de los traumas que ocasiona el abuso sexual en niños, adolescentes y jóvenes son de naturaleza psicológica debido a que, inicialmente al menos, la mayoría de las víctimas reaccionan con pasividad ante el abuso. ... El embarazo en la adolescente o joven puede ser el resultado de una situación de abuso sexual.

Tipos de Abuso

Abuso Físico. ...

Abuso Emocional / Psicológico. ...

Abuso Sexual. ...

Abuso Financiero. ...

Abuso por medio de Tecnología. ...

Abuso por medio del Estado de Inmigración. ...

El abuso sexual infantil no ocurre solo en poblaciones marginales, sino que abarca todas las culturas y todas las clases sociales. La estimación de mayor demanda que hay en la actualidad se debe a que recién ahora las personas involucradas se están animando a denunciarlo, lo que se refleja en una mayor cantidad de consultas, tanto en el nivel hospitalario como en el privado.

El diagnóstico no es nada fácil y como suele pasar desapercibido durante mucho tiempo deja marcas emocionales, que cuanto más antiguas, más difícil son de tratar. La confirmación diagnóstica es

difícil y se basa en el relato del niño, sus juegos, la historia clínica, el examen físico y los exámenes complementarios. Sin embargo, pocas son las veces que se encuentran signos físicos de certeza como los relacionados con enfermedades venéreas, desgarros en zona genital o embarazo

La sospecha llega al consultorio por la demanda familiar (en general la madre) o por sospecha de un profesional (médicos, maestros) ante signos indirectos (masturbación compulsiva, lesiones genitales, vulvovaginitis reiteradas, trastornos de sueño, enuresis, etc).

El ámbito más frecuente donde se produce el abuso es el ámbito familiar, lo que hace su abordaje más problemático. Cuánto más cercano a la familia es el acto de abuso más difícil es trabajar, teniendo en cuenta, además, que, en el caso de niños pequeños o personas con discapacidad, la información solo llega a través de terceros.

Parece no haber una definición universal acerca de qué constituye el abuso sexual infantil. La claridad de algunas de estas definiciones es obviamente útil, pero existen variaciones considerables entre las que se adoptan en los diferentes estudios. Estas variaciones resultan muy importantes porque pueden explicar algunas de las que se observan en las estadísticas de abuso sexual infantil dadas a conocer.

Definición de abuso sexual: Cualquier solicitud o ejercicio de contacto, caricias, juegos o toqueteos, en los que al menos uno de los implicados no desea, conoce o carece de conciencia de lo que está pasando y que se obtiene por la fuerza o la ascendencia con la víctima.(García Morey, 2008)

Las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual. También es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

Se habla de efectos a largo plazo cuando éstos se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso, presentándose aproximadamente en un 20% de las víctimas de abuso sexual infantil.

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes que las consecuencias iniciales, sin embargo, el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el

desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. La información actualmente disponible tampoco permite establecer en esta etapa vital un único síndrome específico, o conjunto de síntomas diferenciados, asociado a la experiencia de abuso sexual, afectando éste a diferentes áreas de la vida de la víctima; así como no permite confirmar la existencia de una relación lineal entre la experiencia de abuso sexual infantil y la presencia de problemas psicológicos en la edad adulta, existiendo múltiples variables que parecen incidir en esta relación. Los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil han sido considerados especulativos, destacando la dificultad que entraña su estudio, especialmente al ser comparados con las consecuencias iniciales, y principalmente dada su interacción con otro tipo de factores relacionados con el paso del tiempo (López, 1993).

Algunos autores constatan una peor salud mental general en víctimas de abuso sexual infantil, con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos; (Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005). Otros estudios, realizados con víctimas de malos tratos infantiles, incluyendo el abuso sexual, confirman una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en estas víctimas que en población general (Vitriol, 2005). Estudios como el de Bersntein, Stein y Handelsman (1998), han concluido que, al contrario que en los demás tipos de maltrato infantil, el abuso sexual no correlaciona con ningún trastorno de personalidad en específico, si bien, en cierta medida lo hace con todos ellos.

Existen variables que pueden incidir en el desarrollo de problemas psicológicos en víctimas de abuso sexual infantil como es el ambiente familiar disfuncional, si bien la mayoría de los estudios siguen constatando una relación directa entre la experiencia de abuso sexual y el posterior desarrollo de problemas psicológicos.

.....
.....

iii)- DEPRAVACIÓN PARENTAL.

Pervertere= dar vuelta. Psiquiatría, prácticas sexuales consideradas desviaciones respecto de una norma social y sexual. Siglo XIX, el saber psiquiátrico consideró como perversiones prácticas sexuales tan diversas como el incesto, la homosexualidad, la zoofilia, la pederastia, el fetichismo, el sadomasoquismo, travestismo, la coprofilia, el autoerotismo, el voyerismo, las mutilaciones sexuales. En 1987 la palabra perversión fue reemplazada en el vocabulario psiquiátrico por el

de "parafilia", en las cuales el partenaire, el acompañante es un sujeto reducido a la condición de fetiche (paidofilia, sadomasoquismo) o el propio cuerpo (travestismo, exhibicionismo) o bien animal (zoofilia, fetichismo).

S. Freud en 1896 adopta el término perversión para el psicoanálisis, conservando la idea de desviación sexual respecto de una norma. La novedad de esta adopción es que el concepto aparece desprovisto de toda connotación peyorativa o valorizadora y se inscribe en una estructura tripartita: neurosis, psicosis, perversión.

El concepto de neurosis pertenece en rigor, al dominio predilecto del Psicoanalítica; el de psicosis participó en el origen de las clasificaciones psiquiátricas; el de perversión cubre un campo mucho más amplio, en la medida en que los comportamientos, las prácticas e incluso los fantasmas que abarca, solo pueden ser aprehendidos con relación a una norma social, a su vez inductora de una norma jurídica.

Por otra parte, las variaciones sobre el tema de la perversión son múltiples según las épocas, los países, la cultura, las costumbres. A veces son violentamente rechazadas, marginadas o consideradas abyectas y otras, por el contrario, son valorizadas por escritores, poetas, filósofos que las consideran superiores a las prácticas sexuales consideradas normales.

(Elisabeth Roudinesco y Michel Plon. Diccionario de Psicoanálisis).
Hecha esta introducción para ponernos rápidamente en tema y comienzo propiamente dicho con dos elementos por donde transcurre la vida humana: la naturaleza y la cultura.

Tanto la familia como la perversión se sostienen en tanto la ley existe. El perverso polimorfo de Freud, lo es porque nos muestra el contraste de su actuación, ante las reglas de una vida de convivencia entre un hombre y una mujer y la aparición de un tercero, el hijo que, desde que nace hace lo que le da la gana, saltándose todas las reglas y consideraciones propias de una convivencia de respeto por el otro. Si la ley de la cultura, la de la convivencia consensuada no opera con el recién nacido, estamos construyendo al futuro perverso adulto: hace lo que le da la gana, pero sin ignorar lo que está establecido, sino acomodándolo a sus intereses, el goce pleno e inmediato y a costa de lo que sea, debidamente justificado desde su narcisismo.

Hace menos de un mes, ante el espectáculo de un bebé de un mes engullendo a su madre, el padre dice: es un drogadicto, come, se tranquiliza, chilla para que le limpien y se queda frito, hasta que le viene el mono y otra vez. Y agrega, ella, la madre es una esclava. Y era así, la madre, una intelectual, dueña de su tiempo y de sus deseos, agotada al servicio del crio las 24 horas.

Educar es contra natura, la natura tiende a seguir sus propias leyes y el humano, desolado se pregunta. ¿qué hago yo aquí...?

Pues eso, construir al humano mujer, al humano varón y organizar su convivencia para que puedan coexistir sin que la ley del más fuerte sea la que impere en nuestra civilización, le dé lugar a la palabra y sea esta la que mande.

Dicho de otra manera, como no nos pongamos a la tarea, educar esas pulsiones desatadas, el perverso polimorfo toma al otro como objeto de su goce, a costa de lo que sea, sin importarle en absoluto que ese otro es también un sujeto y tendremos un adulto perverso en condiciones, el otro-objeto fetiche. Hoy hay muchos, si observamos un poco los medios, audiovisuales o escritos y veremos como la ley la van adecuando a sus intereses de goce y la ley del más fuerte se impone casi, como en los tiempos de la hora primitiva.

Acerca de la Familia.

Situación inédita en la que no habían pensado ni antropólogos, ni psicoanalistas, ni filósofos, ni sociólogos, ni historiadores..: ¿por qué hombres y mujeres homosexuales manifiestan un deseo tan grande de normalizarse?, ¿por qué reivindican el derecho al matrimonio, la adopción y la reproducción asistida?, ¿Qué ha pasado desde hace treinta años en la sociedad occidental (y cristiana) para que sujetos alternativamente calificados de sodomitas, invertidos, perversos, o enfermos mentales deseen ahora no solo ser reconocidos como ciudadanos con todas las de la ley, sino adoptar el orden familiar que tanto contribuyó a su infelicidad? ¿Por qué ese deseo de familia cuando de siempre han sido rechazados de la institución del matrimonio y la filiación, al punto de convertirse con el paso de los siglos, en el gran excluido? En el año 1973, en Francia toda la clase intelectual de la época, reivindicaban contra toda clase de prejuicios, un derecho a la diferencia y señalaban que la maquinación homosexual rompe con cualquier forma de adecuación posible a un polo parental identificable. "Decimos simplemente que, entre algunos otros, el homosexual puede ser, puede convertirse en el lugar de una gran ruptura libidinal en la sociedad, uno de los puntos de surgimiento de la energía revolucionaria deseante, de la cual sigue desconectada la militancia tradicional. No perdemos de vista, agregan, que también existe una locura alienante infinitamente desdichada, o una homosexualidad infinitamente vergonzosa y miserable".

La familia era entonces impugnada, rechazada, declarada funesta para la expansión del deseo y la libertad sexual . Asimilada a una instancia colonizadora, parecía transmitir todos los vicios de una opresión patriarcal: prohibía a las mujeres el goce del cuerpo, a los niños el de un autoerotismo sin trabas y a los marginales el derecho a desplegar sus fantasmas y prácticas perversas. En nuestros días, los interesados juzgan obsoletas esas opiniones e

incluso hostiles a la nueva moral civilizada en busca de norma y familiarismo recuperado.

Fundada durante siglos en la soberanía divina del padre, la familia occidental se vio, en el siglo XVIII, ante el desafío de la irrupción de lo femenino. Se transformó entonces, con la aparición de la burguesía, en una célula biológica que otorgaba un lugar central a la maternidad. El nuevo orden familiar logró poner freno a la amenaza que representaba esa irrupción de lo femenino a costa del cuestionamiento del antiguo poder patriarcal. A partir de la declinación de este, cuyo testigo y principal teórico fue Freud, se puso en marcha un proceso de emancipación que permitió a las mujeres afirmar su diferencia, a los niños ser considerados sujetos y a los invertidos normalizarse. Ese movimiento generó una angustia y un desorden específicos, ligados al terror por la abolición de la diferencia de sexos y al final del camino, la perspectiva de una disolución de la familia.

En estas condiciones, ¿está el padre condenado a no desempeñar ya más que una función simbólica?, debe obstinarse en mantener los oropeles del patriarca de antaño?, o por el contrario ¿debe transformarse en un educador benevolente como anhelan los progresistas?

(pág. De 6 a 12 del libro La familia en desorden. De E. Roudinesco)

ESTRUCTURA FAMILIAR INCONCIENTE.

La familia es una producción humana, por tanto, básicamente simbólica y es a su vez un factor de humanización que tiene a su cargo trasmitirla.

También el lenguaje es un producto humano y a través de él la "naturaleza" adquiere esa peculiar cualidad por la cual se puede decir que el humano es algo más que el funcionamiento armónico de sus órganos y la familia algo más que un conjunto de individuos reunidos en convivencia durante un tiempo prolongado en un lugar determinado.

La idea de familia basada en los vínculos de parentesco tal y como se la conoce hoy (y por ahora), tenía antiguamente matices distintos.

Flandrin (1976), diccionarios ingleses, siglo XVI, enunciaban en primer lugar la co-residencia: aquellos que viven en la misma casa.

Los diccionarios franceses de la misma época la significante familia pasaba por aquellos que tienen la misma sangre. Es en el siglo XIX donde se reúnen las ideas de co-residencia y consanguinidad, lo que luego se llamó la familia nuclear; y el parentesco como el conjunto de vínculos estables con precisas denominaciones como se la conoce actualmente (hasta ahora).

Vínculos de sangre y vínculos de alianza.

Toda familia contiene el conflicto nunca resuelto entre dos tipos de vínculos: de sangre y de alianza. Estos parecen acompañar al ser humano en su devenir, a partir de su acceso a la cultura mediante el establecimiento de alguna ley o regla de la cual la primera es el tabú del incesto, sosteniendo la condición de la estructura familiar.

Vínculos de sangre: el parentesco sobre la base biológica (la naturaleza), como el que liga a la madre y al padre con los hijos tenidos entre sí.

Vínculos de alianza: aquellos entre los cuales el parentesco se basa en compromisos recíprocos entre las personas, cuyo ejemplo más conocido y repetido es el matrimonio.

La relación de pareja matrimonial reúne las cualidades propias de toda alianza y además tiene un intercambio especial dado por la relación sexual, uno de los elementos definitorios que, asociados a la cotidianidad, tendencia monogámica y proyecto vital compartido componen sus parámetros definitorios.

El pasaje de parentesco de sangre a vínculos de alianza implica el pasaje de la fantasía de ser un "hueso y una carne", a una relación entre dos partes donde crecen la reciprocidad y también el conflicto, en función de la creencia inconsciente de que se da más de lo que se recibe.

El parentesco reúne un conjunto de denominaciones con grados permitidos y prohibidos. Se puede entender, así como una pura clasificación de lugares y posiciones.

El prototipo del vínculo de sangre es la relación madre-hijo y por extensión se llama vínculo de consanguinidad al de los hermanos entre sí (los que descienden del mismo tronco o raíz).

El prototipo de vínculo de alianza es la relación de tipo matrimonial basada en la circulación de algún tipo de ley enunciada desde el lugar del hombre-marido-futuro padre- y aceptada en su interioridad por la mujer-esposa-futura madre que ha de renunciar a la ley del propio padre después de haberla transferido sobre aquél, quien ha de enunciarla distintamente.

Estos dos tipos de vínculos familiares parecen ser la exteriorización de un rigor y poder clasificatorio entre un hecho natural-biológico-individual y un hecho cultural y genérico.

Ambos se alejan de la naturaleza por la instauración de una regla que orienta y hace circular a las personas para ubicarlas en matrices de parentesco, pero lo natural retorna como presunción de certeza.

Los cuatro vínculos de la Estructura de Parentesco.

1-Vínculo de alianza matrimonial o de pareja: relación entre los yoes ocupando cada uno a su manera el lugar y las

denominaciones de esposo y esposa y luego padre y madre, estas últimas desde el punto de vista del hijo, a quien la apreje ampara y libidiniza o narcisiza.

2-El vínculo de filiación: nombre de la relación de los padres con el o los hijos. Doble nombre: pertenencia al conjunto familiar y un nombre-creación significativa de la EFI. La pareja, (padres), transmite los valores, la ideología, pertenencia de clase y también sus conflictos resueltos y no resueltos y un modelo de la estructura de parentesco, donde cada cual ocupa su lugar.

3-El vínculo de consanguinidad: relación de los hermanos entre sí como hijos de los mismos padres, o por lo menos de uno de ellos, que le da pertenencia al tronco común de ese parentesco.

Hasta aquí, 3 tipos de vínculo de la familia conyugal o familia restringida.

Desde el punto de vista de la constitución, resulta evidente que una alianza o pareja requiere algún tipo de combinación entre otras dos familias: una de donde proviene la mujer y otra de donde proviene el hombre.

El hecho de que las mujeres gestan, alumbrar y amamantan niños es resultado de un hecho también biológico (natural): los varones fecundan a la mujer. Pero esto es regulado desde la cultura. Los parientes definidos como consanguíneos no se casan entre sí y esto es un hecho cultural.

4-Vínculo avuncular: avúnculo es tío materno, hermano de la madre cuyo papel pudo desplazarse a un representante calificado en ese lugar de la familia materna.

En la cultura no figura ni circula una denominación para este cuarto vínculo.

Al conjunto de los cuatro vínculos, se le ha denominado Estructura Familiar Inconsciente.

Estructura Familiar Inconsciente (Status).

Es la matriz simbólica que da significado a las relaciones familiares. Una estructura, articulada en su conjunto, tanto de los vínculos de parentesco, como el de los lugares, cada uno de los cuales tiene sus denominaciones específicas y cada sujeto es significado y nombrado.

Puede extenderse y ampliarse el papel de los lugares de los respectivos "yoes" desde decir que las soportan (las denominaciones al yo), hasta que este se convierte en porta-voz (el yo respecto de la EFI). Las producciones inconscientes aquí son: los nombres propios, las creencias familiares, los mitos familiares, el espacio y el tiempo familiar.

Si el apellido en nuestro uso social está fuertemente determinado por la filiación paterna, el nombre es una pura creación significativa, por lo tanto, condensación y desplazamiento del

deseo materno, en conjunción con el deseo y la regla del padre del niño (o del abuelo) o algún representante materno.

Clásicamente lo inconsciente está adscripto a una instancia del aparato psíquico. El inconsciente está representado como huella mnémica en un espacio (interno) definido entre el polo motor y el polo perceptivo y más cercano a este. Luego en el yo y el ello: el ello inconsciente, el yo hundiendo sus raíces en el ello y el superyo también inconsciente están dentro del límite, prolongación del yo, representando la superficie del cuerpo.

Aunque es posible concebir el lugar preexistente y al cual adviene el hijo, debiera formularse la EFI como el espacio al cual advienen los yoes tanto para su constitución como para retomar y continuar el proceso identificatorio. Si bien el hijo recibe el nombre de los padres, la pareja es nominada como padres desde el hijo. Es este el que los ubica como tales. Cada posición preexistente a aquellos que la ocupan y a quienes hace hablar y hay una verdadera búsqueda inconsciente de los objetos propicios para establecer acuerdos y pactos inconscientes de los vínculos componentes de la EFI. Entonces un sentido del término inconsciente es tópico: conjunto de posiciones ligadas en una estructura vincular.

Lo socio cultural define tres términos del parentesco y sus vínculos: lugar del P, lugar de la M. lugar del hijo; el vínculo de alianza (pareja) matrimonial; de filiación (de los PP con el hijo) y de los hijos entre si (hermanos). No hay en nuestra cultura una denominación para el 4º término que completa esta estructura: el representante de la familia materna (vínculo avuncular). Efecto de represión constitutiva del parentesco familiar que anticipa la represión originaria y constitutiva del aparato psíquico. Su presencia, la del 4º término en el conjunto familiar como un lugar habitado y significativo, aproxima las relaciones familiares al orden de la psicosis. A mayor predominio (atracción erótica) del vínculo avuncular, menor fuerza significativa en el vínculo matrimonial (rechazo erótico y odio). Del mismo modo la relación con el P. tendrá signos opuestos a la relación con el representante materno. El término inconsciente en la estructura familiar es dinámico. Sus signos afectivos pueden permutar y por lo tanto cambiar el sentido de los representantes vinculares, sus denominaciones y los afectos circulantes.

Siendo cada vínculo una relación intersubjetiva, la del conjunto familiar también lo es y a la vez es una relación transubjetiva donde la trama de los deseos y prohibiciones, amores y odios juegan en relación con el discurso cultural que atraviesa todos los espacios. Cada EFI autogenera sus propios significados familiares a partir del discurso de cada yo y desde lo cultural.

La EFI es una matriz simbólica de lugares y sus vínculos dan lugar a las relaciones familiares. Estas son la realización de cada yo en conjunción con el mandato de la cultura. En un juego de

transacciones, cada yo ocupa esos lugares a su manera, de acuerdo con la disposición de lo subjetivo de sí y de los demás.

TRES REGISTROS DEL 4º TERMINO DE LA EFI:

“INTERCAMBIO – NARCISISMO – ANGUSTIA”

Registro Simbólico de la EFI.

1-El sujeto humano implica necesariamente un orden simbólico en el que está inmerso y que lo determina y tiene dos dimensiones: el lenguaje y las relaciones de parentesco, o sea leyes que rigen las alianzas humanas. Donde hay sujeto hay lenguaje y esta es la condición de existencia de lo psíquico. El inconsciente está estructurado como un lenguaje.

2-El pasaje de la naturaleza a la cultura está determinado por la presencia de leyes que rigen la relación sexual; se pasa del acoplamiento a la alianza.

3-Freud llama Complejo de Edipo a la estructura mental que da cuenta de la introducción de la prohibición del incesto en el sujeto. Complejo que remite a la historia del destino de la célula “narcisismo-madre fálica” y que es la historia de la emergencia del “deseo”; deseo sexual según Freud, deseo organizado por las leyes del lenguaje, según Lacan.

El punto en el que se articulan las dos dimensiones del orden simbólico, el lenguaje y la alianza, es el deseo.

La institución familiar es el resultado de la ley de la cultura (orden social) y de la regulación desde el lenguaje de las relaciones de parentesco. La familia no se inscribe en el orden de la naturaleza, sino en el de la cultura. Las funciones maternas – paterna – filial – etc, implican lugares asignados por un orden simbólico que las regula y determina.

La prohibición del incesto implica el pasaje de la naturaleza a la cultura y es a través del grupo familiar que dicho tabú opera en el sujeto y se constituye como un intermediario entre el sujeto y la cultura.

Las distintas estructuras, neurótica, perversa y psicótica de las que dan cuenta las distintas transformaciones del complejo de Edipo, serán la marca del tipo de pasaje de la endogamia a la exogamia que cada uno de los miembros de la familia realice.

Esta estructura familiar inconsciente a través del representante de la familia materna (4º término del EFI), actualiza lo cultural reprimido en relación con la prohibición del incesto. El “dador” de la mujer es el lugar estructural que da cuenta del intercambio constitutivo familiar: pasaje de la consanguinidad a la alianza dando así la posibilidad de la salida exogámica. Lugar del “avúnculo”, que cuando la exogamia no se efectiviza, queda significado con la función de perpetuar el narcisismo dentro del grupo familiar.

Entendemos entonces dos vertientes del lugar del 4º término de la EFI: una endogámica, otra exogámica.

El dador y los modos de funcionar en la EFI.

En la "familia con funcionamiento psicótico". El proyecto narcisista de los padres no incluye al hijo. Si lo hace es en tanto prótesis de ellos mismos. De este modo la función materna es fallida. La relación de pareja tiene su fundamento en la búsqueda de otro que repita y reemplace idénticamente la relación narcisista perdida con los objetos primarios. Por esto no hay reconocimiento del otro ni en la pareja ni en el hijo. Todos son dobles narcisistas. La vertiente fanática del narcisismo se pone de manifiesto. La función del padre está ausente, es solo el doble del hermano de la madre (representante del objeto narcisista materno) y esto es así, porque el padre tampoco ha podido desprenderse de su familia de origen. El 4º término se halla aquí en el extremo "baluarte narcisista". Las familias de origen marcan la ley, una ley omnipotente que repudia la castración. Las diferencias no existen ni entre yo y el otro, ni entre padres e hijos, ni entre familias de origen y nueva familia, ni entre tío materno y el padre, ni entre hermana del tío materno y esposa del padre.

En la "familia con vínculos perversos". Desmentir la ruptura narcisista a través de instalarse la certeza de dicho ideal dentro del grupo familiar. De este modo, uno o todos sus miembros se sitúan en el lugar del yo ideal. La función paterna esta ejercida por un padre cómplice de la diada narcisista madre-hijo. Para este padre la ley existe, pero para desafiarla. Hay dos leyes: una manifiesta y otra clandestina. La primera sostiene la prohibición, la segunda la desmiente. La diferencia con el padre del funcionamiento psicótico es que el padre del funcionamiento perverso es generalmente una figura omnipresente y no ausente como el primero. Pero esta presencia tiene el sello de un lugar ideal, de un personaje que como Superman todo lo puede. El superhéroe es un desplazamiento de la madre fálica, el modo como la relación de completud del narcisismo especular se sostiene ahora en un personaje perfecto. También la función materna esta fallida: el supuesto amparo ofrecido por la familia a sus miembros este situado en el lugar del avúnculo, promoviendo una situación donde el reconocimiento es solo a medias ya que cada uno vale en tanto objeto ideal.

En la "familia con funcionamiento neurótico". La problemática edípica se juega en plenitud. El registro dual cae y aparece un lugar simbólico para el tercero. El lugar del hijo puede ser libidinizado como un proyecto de los padres, reconociéndolo como diferente. Ninguno de los miembros de la familia puede representar una garantía de perfección. El ideal esta simbolizado

como un proyecto: ya no se es el ideal, sino que es algo que se desea tener. La ilusión narcisista persiste. Las identificaciones y elecciones de objeto en juego en el complejo de Edipo llevan la marca de la transacción neurótica: la castración imaginaria, o sea, la aceptación de la diferencia y al mismo tiempo la búsqueda de la completad. El 4º término está reprimido y retorna a través de los aspectos fallidos de la función paterna. El padre logra separar a la mujer de su familia de origen, pero la dificultad en la asunción de roles masculinos y femeninos permite que aquellas familias sigan siendo significativas dentro del grupo familiar. La prohibición entre la madre y el hijo se efectiviza, pero con ciertas inhibiciones en cuanto a la sexualidad del hijo, pues esta implica la posible elección de objeto exogámica y el consecuente desprendimiento familiar. Elegir una pareja es proyectar el deseo hacia un objeto extrafamiliar, lo cual implica que toda separación lleva implícita una culpa por el abandono de los progenitores. La inhibición de la sexualidad en el funcionamiento neurótico promueve la erotización de los vínculos paterno filiales y garantiza entonces su persistencia y continuidad.

DENOMINACIONES PSICOPATOLÓGICAS.

La Estructura Familiar Inconsciente-EFI es susceptible de generar transformaciones que pueden adquirir carácter estable, lo que permite clasificarlas y describirlas en una tipología. Consideramos la EFI como un conjunto ligado de lugares o posiciones a la espera de ser ocupados por los distintos yo es, no solo los hijos sino todos los miembros del parentesco.

Historia familiar: relato estructurado de acontecimientos y no hechos sucesivos en una temporalidad lineal.

Las denominaciones psicopatológicas cuando se tornan rígidas terminan por encerrar, ahogar aquello que pretenden denominar. Aquí se denominan por grados de la estructura que van desde el conjunto que se llama "normal, al neurótico, perverso y finalmente psicótico". Desde una mayor profundización del conocimiento de la mente propiciado por la teoría psicoanalítica, con la noción de conflicto, ansiedades y defensas hizo que se pasaran a denominar modos de funcionamiento mental.

Los distintos grados de la estructura son: A-Normal; B-Neurótico; C-Perverso; D-Psicótico.

C- Perverso. El vínculo de pareja se constituye entre una mujer y un marido en una posición de "ambigüedad, desde donde le es permitido enunciar una ley definitoria del grupo familiar actual, pero no les es posible sostenerla, solo en la apariencia, por su carácter contradictorio con la otra ley vigente, aquella que la mujer transmite como proveniente de la familia materna, o del dador de la mujer que no acepta disolver el vínculo. Ambas leyes

circulan en una aparente relación de simultaneidad, así como también están los lugares y los roles correspondientes, el del representante materno y el del marido, sin que ninguno de ellos se haya disuelto o desestructurado.

No desaparece el lugar del "dador" como ocurre en el "grado-A"; ni se desestructura el lugar del padre como en el "grado-D".

En el grado-C de la EFI, el de la perversión, el marido puede enunciar la primera interdicción a su mujer, con la que intenta completar su separación de los objetos parentales, pero su amenaza (su palabra) carece de significado puesto que él mismo, infantilmente desea participar en una situación "triangular-sin exclusiones". Allí se incluye y completa con su presencia, la de la mujer y la del representante de la familia materna sin exclusiones. No hay lugar para la ausencia. Que una estructura este regulada con dos leyes simultáneamente en el tiempo, es que una de ellas esté presente en otro nivel, en el de la "clandestinidad". La enunciación no está en relación de veracidad con lo enunciado. Una manera de mantener dos órdenes sin renunciar a ninguno.

Por lo general en el proceso vincular evolutivo, la discriminación y la delimitación de un espacio singular para cada vínculo permite la existencia de una intimidad peculiar a cada uno de ellos. Pero aquí la "clandestinidad" es resultado y a su vez genera una permeabilidad y lesión en la intimidad, desestimada e investida de excitación y erotización. Se hace muy difícil crear así un espacio virtual donde primero tenga lugar la pareja y luego un tercero, proyecto en su comienzo real después como espacio del "hijo". El vínculo de "filiación" es ocupado por este hijo en la posición de niño, indiferenciado como un espectador necesario de lo que pasa en su entorno.

El tabú del incesto y la amenaza de castración, presentes como enunciados están trastornados en su significado, como que han sido burlados. Lo mismo que sucedió con la primera interdicción, la del marido respecto de la relación erotizada de su mujer con el "dador". El lugar del hijo es investido tanto por los modelos identificatorios del padre como por los del representante materno pasando por alto su estado contradictorio.

El hijo puesto en esta posición contradictoria tiene con el padre como con el representante de la familia materna una relación tanto de amor como de odio. Cuando ama a uno de ellos, odia al otro.

En este modelo de la estructura hay acceso a lo social, pero esta ley entra en contradicción con la ley de la familia materna. Cuando esta contradicción opera en el lugar del "hijo", este pasa a ser un representante de la transgresión en el medio social bajo alguna de sus formas posibles: conformación de pandillas, drogadicción, homosexualidad, etc.

La dirección de la cesión de la mujer es bidireccional, contradicción entre estar orientada hacia el lugar que la cultura define como "esposa" y simultánea y clandestinamente, seguir ocupando el lugar de "hija de los padres" o "hermana del hermano". Cada uno de los cónyuges conserva el vínculo con la familia de origen, lo que supone la pérdida de significado del vínculo matrimonial.

En esta estructura se halla significada la diferencia generacional, no así la diferencia de sexos ni la de los vínculos endogámicos y exogámicos. El modelo que puede representar este grado de la EFI sería como el simulacro de una pandilla de delincuentes cuya meta es no someterse, pero tampoco rebelarse, sino burlar el orden determinado por reglas y leyes. El convenio por el cual se ligan las distintas posiciones en este grado de la estructura es el llamado "pacto perverso", donde la pieza mayor es el "secreto", secreto a voces o mantenido a media voz, lo que define la clandestinidad.

-Grado-C. El yo fuente de la acción y no fuente del deseo, como ocurre en la posición A. El deseo aparece como proveniente del otro y siente que ha de actuar para calmar ese deseo. Acción motora ante el deseo de los otros (inicialmente los padres), lo que habitualmente llamamos "actuadores" (a los perversos, psicópatas). Es una permuta entre el sujeto y el objeto, el yo se centra en el "objeto" y el otro en el "sujeto". Se instala en él una necesidad que nunca se satisface. Tanto en esta posición C como en la posición D, el yo está del lado del objeto y el otro del lado del sujeto.

Cuando pacientes con esta estructura grado C, se ven expuestos a una pérdida recurren a un cambio de posición mediante el cual el yo se pone en el lugar del objeto y al otro en el lugar del propio sujeto. Esto lleva a su vez a una inversión tanto de la acción específica como del deseo. El paciente siente la necesidad de hacer algo por alguien en quien previamente ha creado un estado de necesidad.

Permanentemente "ausente" para los otros que dependen de él, lo que hace que esté permanentemente instalado como objeto ausente con la promesa siempre renovada de estar permanentemente presente.

.....
.....

IV)- ESTILO DISCIPLINARIO:

Establece normas con poca participación del niño. Sus órdenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. Ejerce una disciplina basada en la afirmación del poder. Sus exigencias

con frecuencia son inadecuadas y los castigos son severos o poco razonables. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

Este estilo disciplinario se fundamenta en ausencia de afecto, ternura y aceptación y alta exigencia y control disciplinario, las normas están para ser cumplidas.

Como consecuencia el niño/a desarrolla un concepto de sí mismo/a negativo, ya que recibe constantemente críticas a su persona, relacionadas con su conducta, su proceso de toma de decisiones es un proceso de evitación del castigo lo que dificulta el desarrollo de competencias sociales, presenta frecuentes conductas de evitación o de justificación, su iniciativa es reducida, y aumenta la probabilidad de estados de ansiedad crónica y generalizada.

.....
.....

V)- CONFLICTOS MARITALES:

Daniel Goleman, Dejando aparte la bioquímica, toda pareja que se haya peleado alguna vez sabe que la vida emocional moldea su vida sexual, para bien o para mal. Los nuevos estudios determinan con más precisión qué efectos tienen determinadas emociones.

En este sentido también es evidente la distinción entre deseo y acto sexual en la interacción entre emociones y sexualidad.

Según los especialistas, la causa más corriente del poco deseo sexual son los conflictos maritales. Investigaciones realizadas en laboratorios señalan que, al igual que la depresión, la ira es causa especial de destrucción del deseo erótico. La ansiedad, por otra parte, a veces puede excitar el deseo, pero perturba en acto sexual en sí mismo.

En los hombres, el deseo es más vulnerable a la ira, mientras que la erección es más sensible a la ansiedad, según el estudio que presentó recientemente Gayle Beck, psicólogo de la Universidad de Houston, en una reunión de la Asociación Americana de Psicología.

El estudio se realizó con estudiantes universitarios masculinos que usaban una palanca para medir el nivel de deseo sexual y un aparato medía su erección, mientras escuchaban grabaciones de actos sexuales. Cuando las grabaciones reproducían una discusión durante el coito, los niveles de deseo disminuían bruscamente, pero la erección no variaba.

Pensamientos extraños

Por otra parte, si las grabaciones producían ansiedad, ello se traducía en una disminución de la erección, pero sin afectar al deseo sexual. Según Beck, el experimento indica que el conflicto entre una pareja es más perjudicial para su deseo sexual que un nivel moderado de cansancio o ansiedad.

"Es probable que alguien que esté agobiado por preocupaciones experimente deseo sexual, pero tal vez tenga problemas para iniciar o mantener una erección", añade Beck.

"Las preocupaciones o los pensamientos extraños perturban el acto sexual porque éste es fundamentalmente una técnica. El deseo es más vulnerable a la ira porque actúa más como las emociones. Aunque una disputa disminuya el deseo de la pareja por hacer el amor, ambos pueden seguir haciéndolo si ya han empezado".

Por supuesto, la estimación de qué nivel de deseo es demasiado bajo o demasiado alto es relativa.

8)- LA CONDUCTA DELICTIVA EN CONDICIONES ESPECIALES:

I)- PERSONAS EN CONDICIÓN TERMINAL.

Debemos tener en cuenta lo siguiente:

Presencia de una edad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

Aparición de numerosos y diversos síntomas multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos, siendo algunos de los más frecuentes, debilidad, dolor, anorexia, ansiedad y depresión, en algunos casos estado de delirio y no reconocimiento.

Un gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo que lo asiste.

Muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de + o- 3 meses.

Presencia - explícita o no - de la muerte como causa fundamental de dicho impacto.

Todos los factores mencionados implican una gran demanda de atención y soporte al enfermo, familia y equipo terapéutico.

Aspectos psicológicos :

Culpa: el sentimiento de culpa tradicional por el que la enfermedad sería algo merecido por trasgredir normas fundamentalmente morales.

Desvalimiento: regresión a un momento anterior del desarrollo psíquico.

Inferioridad: especialmente evidente en personalidades fuertes, que cuando enferman viven la enfermedad como signo de debilidad.

Ansiedad: expectación aprensiva (preocupación excesiva e irracional por lo que pueda suceder)

Factores de riesgo en el paciente:

Factores

Conductuales



Desordenes conductuales

Malos hábitos.

Desde la óptica psicológica, la hospitalización (en muchos casos) y la escasa posibilidad de movimiento (en otros), implican una gran disminución de la interacción social, facilitando por tanto una mayor inclinación a caer en estados depresivos.

También el paciente no comunica sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado y las personas que lo cuidan tampoco permiten que las quejas se manifiesten, en el intento de restar importancia a la gravedad de la situación.

Tipos de duelo: duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado o duelo enmascarado.

.....
.....

PERSONAS CON ENFERMEDAD INCURABLE:

PERSONAS CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:

La depresión es frecuente en las personas con enfermedades crónicas como:

Cáncer

Enfermedad coronaria

Diabetes

Epilepsia

Esclerosis múltiple

Derrame cerebral

Enfermedad de Alzheimer

VIH o SIDA

Mal de Parkinson

Lupus eritematoso sistémico

Artritis reumatoide

Algunas veces, los síntomas de la depresión pueden presentarse después de un diagnóstico clínico reciente, pero desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad. En otros casos, ciertos medicamentos que se usan para tratar la enfermedad pueden provocar depresión, la cual puede continuar, aunque la salud física mejore.

Las investigaciones indican que las personas con depresión y otras enfermedades tienden a tener síntomas más graves de ambas enfermedades. Tal vez tengan más dificultad para adaptarse a sus enfermedades concurrentes y mayores costos médicos que aquellas sin depresión.

No es claro aún si el tratamiento de la depresión cuando hay otra enfermedad puede mejorar la salud física. Sin embargo, sigue siendo importante buscar tratamiento. Puede marcar una diferencia en la vida diaria si la persona afronta una enfermedad crónica o a largo plazo.

Las personas con depresión tienen un mayor riesgo de otros problemas médicos.

No es de sorprenderse que las personas con una enfermedad o afección médica sean más propensas a sufrir de depresión. También es cierto lo contrario: el riesgo de presentar algunas enfermedades físicas es mayor en las personas con depresión.

Por ejemplo, las personas con depresión tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, derrames cerebrales y la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones también indican que las personas con depresión tienen un mayor riesgo de osteoporosis comparadas con otras. Las razones todavía no están claras. Un factor con algunas de estas enfermedades es que muchas personas con depresión quizás tengan menos acceso a una buena atención médica. Tal vez tengan más dificultad para cuidar de su salud, por ejemplo, al buscar atención médica, tomar medicamentos recetados, alimentarse bien y hacer ejercicio.

Las investigaciones en curso también exploran si los cambios fisiológicos que se observan en la depresión pueden desempeñar una función en el aumento del riesgo de enfermedades físicas. Los científicos han encontrado que las personas con depresión tienen cambios en la manera cómo funcionan varios sistemas del cuerpo, los cuales pueden afectar la salud física:

-Signos de mayor inflamación

-Cambios en el control de los latidos del corazón y la circulación de la sangre

-Anomalías en las hormonas del estrés

-Cambios metabólicos típicos de las personas con riesgo de diabetes

-No es claro aún si estos cambios vistos en la depresión elevan el riesgo de otras enfermedades. Sin embargo, el efecto negativo de la depresión sobre la salud mental y la vida diaria es claro.

La depresión se puede tratar aun cuando haya otra enfermedad.

No descarte la depresión como una parte normal de padecer una enfermedad crónica. Hay tratamientos eficaces para la depresión que pueden ayudarle aun si tiene otra enfermedad o afección médica. Si usted o un ser querido piensa que tiene depresión, es importante decírselo a su proveedor de atención médica y analizar las opciones de tratamiento.

También debe informarle al proveedor de atención médica sobre todos los tratamientos o medicamentos que está recibiendo, incluso el tratamiento para la depresión (medicamentos con receta y suplementos alimentarios). Esta información puede ayudar a evitar problemas de interferencia entre los diferentes medicamentos. También ayuda al proveedor a mantenerse informado acerca de su estado de salud general y sus tratamientos.

La recuperación de la depresión toma tiempo, pero el tratamiento puede mejorar su calidad de vida, aun cuando tenga otra enfermedad física. Los tratamientos para la depresión son:

Terapia cognitivo-conductual (TCC) o terapia de diálogo, que ayuda a las personas a cambiar los estilos de pensamiento y comportamiento negativos que pueden contribuir a la depresión. La psicoterapia interpersonal y otros tipos de psicoterapia de tiempo limitado también han demostrado ser eficaces, en algunos casos, en combinación con medicamentos antidepresivos.

Medicamentos antidepresivos, entre otros, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).

Si bien la terapia electroconvulsiva (TEC) se reserva generalmente para los casos más graves de depresión, los enfoques más recientes de estimulación cerebral, como la estimulación magnética transcraneal (EMT) ([enlace en inglés](#)), pueden ayudar a algunas personas con depresión sin tener que recurrir a la anestesia general y con menos efectos secundarios.

EJEMPLO :

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Se calcula que, de cada 100 personas, una padece esquizofrenia. Generalmente aparece en adultos jóvenes.

No puede decirse que sea una enfermedad de un determinado perfil de persona, sino que se presenta con una frecuencia similar en los diferentes niveles socioeconómicos, en las diferentes culturas mundiales y en ambos sexos (generalmente con un inicio más precoz en los varones).

El sistema nervioso está constituido principalmente por redes de un tipo de células especializadas, las neuronas. Las neuronas cumplen la función de recibir e integrar información y de enviar señales a otras células. Esto sucede por medio de unos circuitos de información complejos, que permiten que las neuronas se

comuniquen entre sí mediante impulsos eléctricos, a través de unas sustancias llamadas neurotransmisores.

En el interior del cráneo es donde se encuentra el encéfalo, que forma parte del sistema nervioso, y donde se localizan las pautas de organización de nuestro pensamiento y comportamiento diarios.

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral compleja en la que existe un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales con un desequilibrio entre los neurotransmisores. Como resultado de ello, se verán afectadas algunas de las funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta.

El funcionamiento defectuoso se asocia con: Anomalías estructurales en determinadas áreas del sistema nervioso central. Uno de los principales neurotransmisores implicados en esta enfermedad es la dopamina, y muchos de los fármacos utilizados intentan actuar sobre ella. También existen otros neurotransmisores implicados, como la serotonina y el glutamato. Hasta hace poco tiempo la sociedad ocultaba a los enfermos mentales tras la tapia del manicomio. La sociedad consideraba que la esquizofrenia, aun siendo una enfermedad muy frecuente, era tremendamente devastadora e incurable y ante la que poco podía hacerse. Esta situación hoy en día está cambiando, disponemos de muchos más recursos para afrontar la enfermedad y aunque sus bases no son bien conocidas sabemos ya bastante respecto a sus orígenes y a cómo tratarla.

En la actualidad existen importantes líneas de investigación y los estudios están demostrando que, gracias al tratamiento, el curso de la enfermedad es menos grave de lo que se consideraba anteriormente. El desarrollo de nuevos fármacos, con mejores perfiles de acción y menos efectos secundarios, ayuda a conseguir un mayor cumplimiento y eficacia del tratamiento. Estos proyectos de investigación en curso permitirán un conocimiento más preciso de la enfermedad y de su tratamiento. Con todo ello, pues, estamos obteniendo una visión más real, a la vez que optimista y desmitificada, de una enfermedad de relevancia destacada, pero con la que es posible convivir logrando una calidad de vida aceptable.

La esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores. La teoría en la que se basan actualmente los científicos es que existiría una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central, ya desde la vida prenatal, que podría explicar el funcionamiento anómalo posterior.

Los factores de riesgo que pueden predisponer a la enfermedad son:

Predisposición genética.

La esquizofrenia es más frecuente entre los familiares de los pacientes esquizofrénicos. Aun así, incluso entre gemelos genéticamente idénticos, es posible que uno tenga la enfermedad y el otro no. Por tanto, la genética tiene un peso importante como factor que facilita o que predispone el desarrollo de la enfermedad, aunque no siempre es el único determinante.

Porcentaje de aparición:

Población general: 1%.

Hermanos no gemelos: 8%.

Hijos de progenitor afectado: 12%.

Hijo de dos progenitores afectados: 40%.

Hermanos gemelos dicigotos: 12%.

Hermanos gemelos monocigotos: 47%.

Diversas alteraciones durante el desarrollo nervioso del feto (por ejemplo, infecciones prenatales), problemas durante el nacimiento o en el posparto, podrían estar asociados a un aumento del riesgo de sufrir la enfermedad.

Otros factores pueden actuar como moduladores sobre el curso de la enfermedad y precipitar su desencadenamiento o una recaída, como, por ejemplo:

Estresantes ambientales.

Acontecimientos vitales entorno a una persona predispuesta pueden condicionar el inicio de la enfermedad o posteriores recaídas.

Incumplimiento de la medicación.

Muchas de las recaídas se deben a que existe un abandono de la medicación. Algunos de los factores que favorecen este incumplimiento son: el cansancio ante la necesidad de un tratamiento prolongado, la aparición de efectos secundarios, el estigma de estos medicamentos o la no aceptación de la enfermedad.

Consumo de sustancias tóxicas: el alcohol, el cannabis, los derivados anfetamínicos (por ejemplo, el éxtasis) y la cocaína, entre otros, favorecen una peor evolución, con un mayor número de recaídas.

MANIFESTACIÓN

Cuando una enfermedad se localiza en el sistema nervioso central puede manifestarse con cambios de comportamiento, que pueden parecer «no correctos y poco habituales», pero que no son más

que el resultado de una alteración en la zona cerebral que controla el comportamiento y el pensamiento coherentes.

Esta enfermedad incluye, pues, síntomas que traducirán la existencia de una alteración en los pensamientos, el afecto, las percepciones y la conducta de la persona.

Existe una gran variedad de manifestaciones clínicas, lo que en ocasiones puede hacernos pensar que diagnosticamos con el mismo nombre a pacientes que se parecen poco entre sí. Hasta el momento, existen diferentes subtipos de esquizofrenia descritos, según que predominen unos síntomas y signos más que otros, y según cómo se manifiesten en cada caso (paranoide, hebefrénica, simple, catatónica, etc.).

Los síntomas se clasifican en dos apartados: síntomas positivos y síntomas negativos.

Síntomas positivos: se conocen así las percepciones, ideas y comportamientos patológicos que presenta el enfermo, pero que no aparecen en la población general. No hay que atribuirlo a que «el enfermo se inventa cosas», porque realmente él cree que está viviendo en esa nueva y propia realidad percibida. En este momento no tiene conciencia de la enfermedad y no es recomendable contraponer de forma drástica sus ideas frente a las de los familiares. Entre estos síntomas, destacan los que se exponen a continuación. Otros síntomas que presentan estos enfermos y que no están incluidos en estas clasificaciones son: creer que la gente puede saber lo que piensan, que pueden imponerles determinados pensamientos, o robarles ideas propias, etc.

Ideas delirantes: son aquellas creencias personales que tiene el paciente, quien cree, con total convencimiento de la realidad, que están sucediendo, cuando no es así. Según la temática de lo que explique podemos tener diferentes ejemplos de ideación delirante: creer que lo persiguen, que es una persona escogida por Dios, que todo el mundo lo observa...

Alucinaciones: son aquellas percepciones sensoriales que el enfermo tiene sin que exista un estímulo. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas (oír voces cuando nadie está hablando), aunque también pueden ser visuales, gustativas...

Desorganización del pensamiento: consiste en la incapacidad de organizar un pensamiento coherente, de manera que en muchas ocasiones el lenguaje resultará inconexo y carente de sentido.

Alteraciones de la conducta: pueden aparecer conductas extravagantes y erráticas, sin ninguna finalidad clara.

Síntomas negativos: se llaman así porque las conductas habituales de la población general no afectada faltan o están disminuidas en el enfermo. A veces pueden ser más difíciles de detectar puesto que, en un primer momento, no llaman tanto la atención.

De entre todos los síntomas, los observados con más frecuencia en pacientes esquizofrénicos son: falta de conciencia de la enfermedad, afectividad aplanada, retraimiento social, ideas delirantes, pérdida de intereses y del cuidado del aspecto personal, alucinaciones auditivas y apatía. La falta de conciencia de enfermedad es uno de los que más dificultan el tratamiento y complican el pronóstico.

Otros síntomas son:

Apatoabulia: pérdida de la iniciativa para desarrollar propósitos y finalizarlos.

Anhedonia: pérdida de la capacidad de disfrutar con las cosas que habitualmente le gustaba hacer.

Aislamiento social: disminución del interés por las relaciones sociales, con tendencia a las actividades solitarias.

Afectividad aplanada: reducción de la intensidad de la expresión y de la respuesta emocional. Se manifiesta por expresión facial inmutable, disminución de los movimientos espontáneos, pobreza en la gesticulación, poco contacto visual, disminución del tono de la voz y de la cantidad de palabras cuando habla.

Otros: lentitud o bloqueo en la conversación, dificultades para establecer relaciones con otras personas, etc.

Bases del diagnóstico de la esquizofrenia.

En la actualidad, el diagnóstico de esquizofrenia se realiza a través de la historia clínica del paciente y de la información de los familiares y compañeros. Es decir, como sucede con otras enfermedades, se diagnostica según unos criterios clínicos, una vez descartadas otras enfermedades (con diversos análisis y pruebas de neuroimagen).

No existe una prueba específica cuyo resultado positivo confirme el diagnóstico de esquizofrenia o el negativo lo descarte. A pesar de ello, existen una serie de exploraciones que, en cualquier paciente en quien se sospeche esta enfermedad, pueden ayudar al diagnóstico y al pronóstico de cada caso.

El diagnóstico de la esquizofrenia sigue estando basado en la historia clínica y en el examen psicopatológico. Para aportar mayor validez y fiabilidad al diagnóstico se dispone de criterios operativos consensuados por la comunidad científica, tales como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.

Se ha observado que estos enfermos suelen presentar menor rendimiento en ciertas pruebas neuropsicológicas, sobre todo en aquellas que requieren atención, memoria y capacidad de planificación.

El reto de la psiquiatría actual consiste en identificar marcadores biológicos que permitan objetivar el diagnóstico clínico y predecir la respuesta al tratamiento. Para progresar en ese sentido se cuenta con nuevos sistemas de diagnóstico por la imagen.

EVOLUCION.

La esquizofrenia es una enfermedad con tendencia a la cronicidad. Suele empezar por una fase que puede durar días, meses, o incluso años, en la que aparecen cambios mínimos en el carácter, disminuye el rendimiento escolar, aumenta la ansiedad y se produce cierto aislamiento social.

Puede existir, aunque no siempre, algún estresante ambiental (muerte de algún familiar, entrada en la universidad, consumo de sustancias tóxicas) que facilite la aparición del primer episodio psicótico, en el que generalmente predominan los llamados síntomas positivos, aunque existe algún tipo de esquizofrenia en la que estos síntomas no aparecen nunca.

Cuando aparece el primer episodio psicótico puede ser necesaria la hospitalización del enfermo y la instauración del tratamiento que tendrá que seguir de forma prolongada. Tras la remisión del episodio, el enfermo puede conseguir buena adaptación en la esfera laboral, social y familiar.

Con el tiempo pueden aparecer recaídas, o los síntomas pueden no remitir en su totalidad, aunque es más frecuente que, a la larga, los síntomas positivos no sean tan destacados como los negativos. Estas recaídas, de producirse, suelen ser más leves y en menor número si se consigue, con la ayuda de la familia y del equipo médico, que el enfermo sea consciente de la enfermedad y de su control terapéutico. La evolución puede ser diversa tras un primer episodio.

Evolución cronicada (43%)

Ausencia de recaídas (22%)

Recaídas (35%)

Son factores de buen pronóstico:

Mantener un ritmo de vida con cierta estabilidad de horarios laborales y de sueño.

Evitar el consumo de sustancias tóxicas, etc.

Cumplir de manera estricta la medicación y los controles.

Tener un inicio tardío.

Tener una buena adaptación previa, con inicio agudo, coincidiendo con factores vitales estresantes.

Responder bien a la medicación.

Pertenecer al sexo femenino.

No tener antecedentes o un historial familiar de trastornos afectivos (depresiones, trastorno bipolar).

Pertenecer al subtipo paranoide, con predominio de síntomas positivos.

No presentar alteraciones en la neuroimagen y tener buenos resultados en las pruebas neuropsicológicas.

- Fármacos

El tratamiento de la esquizofrenia incluye un conjunto de medidas farmacológicas y psicológicas y de recursos sociales que tienen la finalidad de actuar potenciándose unos a otros para lograr la remisión de los síntomas y la adaptación aceptable del enfermo en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

En el primer momento de la fase aguda, el tratamiento es básicamente farmacológico. Los fármacos más utilizados son los antipsicóticos, que restablecen el equilibrio de algunos de los neurotransmisores alterados (por ejemplo, inhibir la acción de la dopamina bloqueando los receptores donde actúa). Entre los antipsicóticos pueden diferenciarse dos tipos:

Antipsicóticos típicos o clásicos y nuevos antipsicóticos o atípicos. Los nuevos fármacos antipsicóticos han mejorado las expectativas de eficacia del tratamiento, al disminuir los efectos secundarios.

En general, estos fármacos deben tomarse diariamente por vía oral. En la actualidad ya están disponibles nuevos antipsicóticos para su administración por vía intramuscular, como es el caso de la ziprasidona. Existen otros preparados farmacológicos, llamados depot, que se administran una vez cada 7-21 días por vía intramuscular.

Es muy importante que se mantenga la medicación incluso cuando el enfermo ha mejorado, ya que su abandono supone un aumento del riesgo de recaída.

En la década de los 50, Delay y Deniker introdujeron la clorpromazina como el primer antipsicótico para la práctica clínica. Tres décadas más tarde, Wagner visualizó in vivo mediante PET, los receptores sobre los que actúan los antipsicóticos.

Desde entonces, un campo primordial en la investigación de la esquizofrenia es el estudio de los receptores cerebrales mediante fármacos marcados que se acoplan selectivamente a los distintos tipos de receptores de la dopamina (D1 y D2), de la serotonina, de los benzodiazepinas, etc. ESTOS FÁRMACOS, DENOMINADOS

RADIOFÁRMACOS, PERMITEN LA VISUALIZACIÓN DE LOS RECEPTORES NEURONALES UTILIZANDO EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN PET y SPECT.

La mayoría de los estudios con PET se han centrado en los receptores D2. La implicación de estos receptores en la patología de la esquizofrenia se apoya en dos hechos:

- Es el mecanismo principal de los fármacos neurolépticos, que actúan bloqueando los receptores D2.
- Los estudios de receptores postmortem, que señalan un aumento de receptores D2 en pacientes esquizofrénicos.

Estos estudios tratan de cuantificar el número de receptores de la dopamina (D2) en las membranas neuronales.

En el momento actual existe discrepancia entre los distintos equipos de investigación.

Según la hipótesis clásica de la esquizofrenia, el bloqueo de receptores D2 es una característica esencial para que un fármaco neuroléptico tenga eficacia clínica. La potencia se relaciona con el grado de bloqueo D2.

Sin embargo, los antipsicóticos atípicos producen un menor bloqueo de los receptores D2 y esto tiene implicaciones en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que pueden producirse menos efectos adversos.

La eficacia de los antipsicóticos atípicos implica además la participación de otros neuroreceptores, tales como determinados receptores de la serotonina y otros receptores de la dopamina distintos de los D2.

El desarrollo de nuevos antipsicóticos ha abierto nuevas perspectivas en el tratamiento por su capacidad para actuar sobre síntomas negativos, cognitivos y afectivos.

El rápido desarrollo de la instrumentación, junto con la mayor disponibilidad de radiofármacos, cada vez más específicos, permitirá comprender mejor la acción de los diferentes antipsicóticos sobre los diferentes receptores cerebrales y como consecuencia de ello una monitorización del tratamiento farmacológico, así como el desarrollo de nuevos antipsicóticos.

- Intervenciones psicológicas.

De forma complementaria, son muy importantes también las intervenciones psicológicas.

Entre éstas destacan las técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoeducación de la familia, etc. Hay que intentar conseguir una conciencia aceptable de la enfermedad para facilitar el interés del paciente por mejorar diferentes aspectos entorno a la adaptación.

- Familia y entorno

Cuando el paciente esquizofrénico presenta el primer episodio de la enfermedad suele estar conviviendo en el ámbito familiar. Es posible que los familiares hayan ido observando ciertos cambios en su comportamiento, que no saben a qué atribuir, de manera que es fácil que se sientan desconcertados e incluso atemorizados por la situación.

Tiene que existir una buena comunicación con los familiares para poder aportarles la información y la educación necesarias para que entiendan la enfermedad, y así compartir las necesidades del paciente para poder ayudarlo.

En un primer momento, y para poder realizar una intervención precoz, es importante que cuando se observe que un familiar presenta conductas extrañas, dice incoherencias o tiende poco a poco al aislamiento, se consulte a un médico o a un especialista, a un centro de salud mental o a un hospital para poder valorar si podría ser el inicio de una patología psiquiátrica.

Si un familiar es diagnosticado de esquizofrenia, pida información sobre la enfermedad a los profesionales y huya de «antiguos tabúes» y de informaciones tergiversadas.

Deberían intentar evitarse en lo posible las situaciones de conflicto en la familia para reducir así los factores estresantes que influirían de forma contraproducente en la evolución del paciente. No es recomendable ni una sobreprotección excesiva ni una conducta pasiva ante el enfermo.

Debe motivar al paciente para que tome la medicación y siga los controles psiquiátricos y psicológicos.

Intente hacer un esfuerzo por entender lo que le pasa al enfermo y su comportamiento, sin recriminarle ni burlarse de él, ya que nadie es culpable de esta enfermedad.

Al aparecer los síntomas psicóticos no se trata de darle la razón ni de negarle lo que está diciendo; hay que explicarle que entendemos cómo se siente y que por este motivo queremos ayudarlo. Después sería importante contactar con su médico, o si el trastorno psiquiátrico del enfermo está muy descompensado, avisar al servicio de urgencias para que lo visiten rápidamente en un centro hospitalario.

Las familias que logran ayudar con éxito al paciente son las que saben aceptar la enfermedad, con sus consecuencias, y la ayuda ofrecida. También desarrollan una esperanza realista para el paciente y para sí mismos, entendiendo que es posible hacer frente a la enfermedad y vencerla.

Los pacientes esquizofrénicos son personas por lo general tranquilas, pacíficas y que no se caracterizan por realizar

agresiones, aunque los medios de comunicación o las ideas de la población general puedan divulgar una información errónea del comportamiento del enfermo mental, que no se ajusta a la realidad. Es más, estos pacientes tienden, incluso, a eludir y a evitar situaciones problemáticas y prefieren estar solos. Sí es cierto que, en momentos de descompensación de la enfermedad, en el contexto de reaparición de los síntomas psicóticos, pueden mostrarse inquietos, agitados y, en casos esporádicos, cometer actos de autoagresiones o de heteroagresiones, aunque no suele ser una conducta frecuente.

Primer episodio psicótico

La fiebre es un síntoma que puede darse en muchos tipos de infección. Igualmente, un primer episodio psicótico, es un cuadro clínico que puede darse en muchos tipos de enfermedades, no necesariamente en la esquizofrenia; muchas enfermedades psiquiátricas, como el trastorno bipolar, entre otros, y muchas enfermedades orgánicas pueden producir cuadros muy parecidos.

Terapia electroconvulsiva

En determinados casos también es eficaz la terapia electroconvulsiva, tratamiento que se ha modernizado notablemente.

El pronóstico depende fundamentalmente de que se aborde lo antes posible la enfermedad de manera que se realice un adecuado tratamiento y que la evolución sea lo menos prolongada posible.

Otros factores que determinan el pronóstico son: un ambiente lo más distendido posible y la ausencia de tóxicos.

Los síntomas de la esquizofrenia son muy variados; habitualmente se dan ideas delirantes y alucinaciones, pero no siempre están presentes. Lo que sí que sucede casi siempre es una forma brusca de ruptura de la biografía del sujeto, que deja de comportarse como lo hacía habitualmente. Además, suelen existir síntomas afectivos, depresivos o de otro tipo, desorganización del comportamiento y una incapacidad de adaptarse al entorno.

Aunque no siempre, la esquizofrenia tiene tendencia a evolucionar de una forma crónica. No obstante, esto no quiere decir que el pronóstico sea negativo a largo plazo. Hay muchas enfermedades que, aun siendo crónicas, no interfieren en la capacidad de adaptación del sujeto en su calidad de vida; la miopía, por ejemplo, o la diabetes, a pesar de ser situaciones que acompañarán siempre al sujeto, pueden permitir que tenga una calidad de vida muy buena.

En la esquizofrenia se cumple una regla, la de los tres tercios, que dice que un tercio de los pacientes evoluciona favorablemente, un tercio de una forma estable, y un tercio desfavorablemente

Las recaídas no siempre son evitables. En algunas ocasiones se producen de una forma espontánea, y que no tiene que ver con factores externos a la propia enfermedad. La esquizofrenia es una enfermedad que tiene tendencia a la recurrencia, pero las posibilidades de recaída son mucho más altas en aquellos pacientes que consumen tóxicos, o en los que abandonan el tratamiento de una forma precoz.

Los riesgos de la esquizofrenia tienen que ver con la propia enfermedad y son fundamentalmente: el riesgo de suicidio y el riesgo de tener menos salud física que el resto de las pacientes. Los pacientes esquizofrénicos se cuidan menos en todos los aspectos, y también el sistema sanitario y la propia familia suelen estar más preocupados por su salud psíquica que por su salud física. Esto y el consumo de tóxicos hace que tengan un riesgo mucho más elevado de padecer patologías médicas muy diversas.

La medicación debe ser una constante en el tratamiento de la esquizofrenia. En aquellos pacientes en los que haya existido un único episodio puede considerarse la posibilidad de mantener el tratamiento únicamente durante un periodo de tiempo limitado; pero siempre que haya habido más de un episodio será necesario mantener la medicación durante periodos prolongados o indefinidamente. Hoy en día los medicamentos tienen mejor perfil de tolerancia, los efectos secundarios se controlan y esto no suele ser un hándicap comparado con los inconvenientes de abandonar al paciente a una evolución espontánea de la enfermedad.

Teoría del neurodesarrollo

Una nueva teoría, la teoría del neurodesarrollo, explica el origen de los trastornos descritos. Según la teoría del neurodesarrollo, la desorganización neuronal es propia de una interrupción de la migración de las neuronas durante el segundo trimestre de la gestación. Esto provocaría posicionamientos celulares anómalos que darían lugar a patrones de conectividad alterados cuando las neuronas establecen sus redes. Según esta teoría, la esquizofrenia respondería a un modelo multifactorial que implicaría un factor genético activado durante el desarrollo cerebral en el segundo trimestre del embarazo y un factor ambiental, complicaciones perinatales que afectarían al desarrollo cerebral de forma adversa.

La esquizofrenia constituiría una enfermedad del neurodesarrollo y no una enfermedad degenerativa.

La maduración cerebral no termina en la adolescencia, sino que continúa durante la edad adulta; la aparición de actividad psicótica durante este periodo puede tener efectos adversos a largo plazo sobre el cerebro. Estos hechos podrían explicar la evolución de la enfermedad hacia el deterioro.

.....
.....

ANCIANIDAD Y SOLEDAD:

Es necesario precisar la existencia de factores de riesgo específicos en la vejez para comprender la prevalencia de los trastornos mentales. Hay que destacar en primer lugar los factores biológicos: el progresivo deterioro somático y la presencia de los trastornos orgánicos tales como las demencias, los accidentes vasculares cerebrales o el párkinson, serán uno de los elementos diferenciales en la psicopatología de la vejez en comparación con otras etapas del ciclo vital; los déficits cognitivos, trastornos de conducta o la depresión irán asociados a toda esta problemática somática. Otros aspectos para subrayar, relacionados con los factores de riesgo, son los factores psicosociales; las pérdidas personales, familiares y sociales pueden incidir notablemente en los porcentajes de los trastornos depresivos. La soledad, el aislamiento, la falta de apoyo social son todas ellas situaciones que facilitan la emergencia de los trastornos mentales. Finalmente, los propios antecedentes de trastornos mentales serán un factor que favorezca la mayor patología, especialmente en los casos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Una consideración específica de la psicopatología de la vejez es la presentación de los cuadros patológicos de forma menos nítida que en etapas anteriores, es decir los trastornos pueden presentarse frecuentemente con sintomatología compartida. Deterioro cognitivo, manifestaciones afectivas como la ansiedad y la depresión y cuadros delirantes, están presentes en alguna medida en los trastornos mentales de los mayores, dificultando a veces el diagnóstico diferencial.

El DSM-5 y los trastornos mentales en la vejez

Resulta hacer unos comentarios generales sobre los nuevos criterios del DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), en lo referente a los trastornos mentales en las personas mayores. En todo lo relativo a la vejez se subraya que los trastornos ocurren a menudo en el contexto de enfermedades

somáticas, de la fragilidad y la pérdida sensorial, lo cual complica el cuadro clínico para el diagnóstico y tratamiento.

A pesar de que el objetivo inicial del DSM-5 era refundir los criterios diagnósticos a partir de datos neurobiológicos más sólidos, esto no ha sido totalmente logrado. Asimismo, un segundo objetivo relacionado con la descripción de la evolución con la edad de los trastornos mentales, es decir el aspecto dimensional, tampoco ha sido totalmente logrado. El motivo es sin duda la falta de datos sólidos sobre muchos trastornos. No obstante, estos dos objetivos, clasificación categórica y dimensional, probablemente sigan guiando las nuevas ediciones del DSM.

El DSM-5 ha recibido muchas críticas debido al incremento de categorías diagnósticas, pero sobre todo al hecho de considerar como posibles trastornos, conductas, o síntomas muy frecuentes que pueden darse habitualmente dentro del espectro de la "normalidad", como

Conde-Sala JL. (2015). Otra crítica relevante es la aplicación del modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales. Así por ejemplo la sección de Psicología clínica de la Asociación Británica de Psicología ha defendido un sistema conceptual basado en un modelo bio-psico-social, que tenga en cuenta no solamente los aspectos biológicos sino también los contextos sociales en los que aparecen las alteraciones de conducta (León-Sanromà, Mínguez, Cerecedo y Téllez, 2014). A pesar de que el comentario general de algunos expertos en psiquiatría geriátrica es que el espacio reservado a los trastornos mentales de las personas mayores es insuficiente (Calvet y Clément, 2014; Van Alphen, Rossi, Segal y Rosowsky, 2013), el DSM-5 presenta algunos cambios notables respecto a los trastornos mentales en la vejez en comparación con el DSM-IV.

Destacaremos algunos aspectos específicos:

- **Trastornos neurocognitivos.** Uno de los más relevantes es el cambio de denominación de las categorías delirio, demencia, Amnesia y otros trastornos cognitivos del DSM-IV por el término de "Trastornos neurocognitivos", remarcando el proceso de organicidad de los procesos neurocognitivos (López-Pousa y Lombardía-Fernández, 2014). Una de las razones del cambio obedece a que el término demencia tenía una connotación peyorativa. El término Trastornos neurocognitivos incluye las diversas formas de presentación atendiendo a su etiología: Delirium y Trastornos neurocognitivos (Alzheimer, Frontotemporal, Cuerpos de Lewy, Vascular, Lesión traumática, Inducido por sustancias, infección por VIH, Enfermedad priónica, Parkinson, Huntington, otra condición médica, múltiples etiologías, inespecífico). En cada categoría se diferencia entre

mayor o leve y con presencia o ausencia de alteraciones del comportamiento. El deterioro cognitivo leve, por tanto, queda incluido en cada una de las categorías diagnósticas, atendiendo a su etiología.

- **Trastornos depresivos.** El término distimia es substituido por trastorno depresivo crónico. Aunque la prevalencia de la depresión mayor es menor que en los adultos jóvenes, se reconoce en los mayores una alta frecuencia de trastornos depresivos mayores, con los síntomas somáticos expresados en primer plano. Asimismo, se informa de una mayor frecuencia de síntomas melancólicos en los episodios depresivos de los ancianos. Por otra parte, el duelo como criterio de exclusión en los trastornos depresivos ha sido eliminado y por lo tanto es compatible con algún trastorno depresivo si los síntomas están presentes en un período de 2 meses (lo cual es contradictorio con el período de depresividad normal de 1 año y puede generar muchos falsos positivos).

- **Trastornos de ansiedad.** Las ansiedades en los ancianos suelen estar centradas en el bienestar de la familia o en la propia salud. Se destaca la fobia específica del miedo a las caídas en los ancianos. Asimismo, muchos síntomas de ansiedad pueden atribuirse a comorbilidades somáticas y patologías orgánicas. La ansiedad social a menudo tiene una presentación somática y puede estar relacionada con los cambios sociales (por ej. jubilación), con los déficits sensoriales y/o la aparición de enfermedades.

- **Trastorno obsesivo compulsivo.** En esta categoría aparece como novedad el trastorno de acumulación compulsiva, es decir la dificultad para separarse de objetos con una angustia asociada al hecho de desprenderse de ellos. Puede empezar en la adolescencia, aunque es más frecuente en la vejez. El criterio es aquí más restrictivo que el Síndrome de Diógenes (en el que no está presente la angustia).

Se integran en esta categoría diversos trastornos descritos en el DSM-IV. Incluirían los cuadros ansiosos y depresivos relacionados con la aparición de una enfermedad orgánica, o con las pérdidas asociadas al envejecimiento.

El DSM-5 considera que este trastorno puede estar infradiagnosticado en la vejez. Se incluyen aquí el trastorno de ansiedad centrado en las pérdidas de memoria y los síntomas relacionados con la tarea de los cuidadores que atienden a un cónyuge enfermo.

- **Trastornos psicóticos.** El DSM-5 indica que la prevalencia por trastornos psicóticos debidos a una enfermedad médica es mayor que en otros grupos de edad, relacionada con el incremento de enfermedades somáticas y neurodegenerativas. A pesar de que no se indican unos criterios específicos para los síntomas después de

los 60 años, sí que se constatan casos de aparición tardía con una mayor presencia femenina.

- **Trastorno bipolar.** Esta categoría aparece como independiente de los trastornos del estado de ánimo. Algunos episodios maníacos pueden empezar a los 60 o 70 años, aunque debe investigarse primero si hay una patología orgánica asociada (trastorno neurocognitivo frontotemporal) o los efectos de alguna sustancia.

- **Trastornos del sueño.** La prevalencia de este trastorno aumenta con la edad. El insomnio en la vejez puede estar relacionado con la aparición de los problemas de salud y/o con las dificultades en la respiración (apnea obstructiva). Por otra parte, es frecuente la alteración del ciclo vigilia/sueño. Algunos trastornos del sueño pueden estar inducidos por la medicación administrada especialmente en los trastornos neurocognitivos mayores.

- **Trastornos relacionados con sustancias.** En la vejez, de forma general los trastornos relacionados con la utilización de sustancias (alcohol, medicamentos, etc.) pueden ser más frecuentes debido a una disminución del metabolismo para eliminar estas sustancias. Por otra parte, el efecto depresor del alcohol puede ser mayor. El juego patológico se incluye en esta categoría afectando especialmente a las mujeres en el inicio tardío.

- **Trastornos relacionados con un trauma y el estrés.** En las personas mayores se pueden generar mayores conductas de evitación, de hipervigilancia y trastornos del sueño, que, en los jóvenes, debido al deterioro del estado de salud, a los déficits cognitivos y a un mayor aislamiento.

- **Trastornos disociativos.** Son menos frecuentes en las personas mayores y pueden estar relacionados con una enfermedad somática.

- **Disfunciones sexuales.** En el hombre el retraso en la eyaculación aumenta a partir de los 50 años, mientras que la disfunción eréctil después de los 40 años sería predictora de una futura enfermedad coronaria, aunque estas dificultades generan menos angustia que en los jóvenes. En las mujeres puede haber un aumento de la dispareunia y el vaginismo y un trastorno del deseo sexual.

- **Trastornos de personalidad.** Se mantienen los 10 trastornos de personalidad del DSM-IV. En general los trastornos de personalidad en la vejez son menos frecuentes que en etapas evolutivas previas y pueden estar relacionados con una enfermedad somática o con alguna sustancia, generando una mayor prevalencia en el clúster C (evasiva y dependiente).

En el anciano la fuente principal de angustia es el temor para sufrir pérdidas y separaciones, más que los conflictos

intrapsíquicos que pueden darse en otras edades. Las reacciones de ansiedad del anciano se caracterizan por sentimientos anticipatorios de miedo y aprensión, generalmente acompañados de síntomas físicos: temblores, mialgias, fatiga, vértigos, sensación de opresión precordial, náuseas, diarreas, etc. Estas situaciones de miedo pueden estar relacionadas con la propia muerte, con una enfermedad, con una situación de soledad, con el miedo a que les suceda algo a aquellas personas con las que mantiene lazos afectivos, etc. El llamado trastorno de ansiedad generalizada suele ser el más frecuente y podemos pensar que a través de sus síntomas la persona mayor hace una llamada a los demás, especialmente hijos, de mayor protección frente a una situación que la hace sentir vulnerable. Las fobias en el anciano suelen estar referidas a evitar situaciones que puede percibir como peligrosas: salir a la calle, caerse, miedo a entrar en lugares públicos.

Factores psicológicos.

Desde el punto de vista psicodinámico la ansiedad representa una señal de alarma provocada por un conflicto psíquico. Este conflicto puede estar relacionado frecuentemente en los ancianos con las pérdidas o con la ausencia de figuras y situaciones de soporte. Desde la visión cognoscitiva la persona tendría una visión amenazante del mundo exterior con elementos anticipatorios y respuestas desajustadas. Se ha relacionado también con una mayor probabilidad de padecer ansiedad a las más introvertidas socialmente, ya que la falta de apoyo y contraste con los demás pueden magnificar las dificultades personales.

Factores psicosociales.

Los factores relacionados con el estrés: eventos vitales negativos, enfermedad crónica, limitaciones funcionales, soledad y salud subjetiva baja, parecen ser importantes en todos los trastornos de ansiedad.

Factores biológicos.

Desde el punto de vista genético existiría una mayor posibilidad de padecer ansiedad en ancianos con historia familiar de este trastorno, aunque esta heredabilidad es mayor para el TOC.

Por otra parte, parece ser que el GABA (neurotransmisor inhibitorio de la excitabilidad neuronal) se reduce con la edad contribuyendo de esta forma a una mayor propensión a reacciones ansiosas frente a eventos estresantes.

La mayor fragilidad somática es sin duda un factor relevante en todos los trastornos de síntomas somáticos. A pesar de la dificultad para identificar la enfermedad causante de los síntomas, las personas con mayores síntomas somáticos eran más mayores,

tenían mayor comorbilidad somática y un estado funcional más deficitario

