PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Psicopatología clínica de adultos.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

Introducción

El resumen no tiene 240 páginas. En realidad **son dos resúmenes**, uno más extenso, y otro hecho para los parciales, ambos con el mismo contenido. Está elaborado en dos partes, la **primera parte que comprende las páginas 3 a 66** (64 páginas en total), es un resumen realizado con los temas que fueron para el parcial. Incluyen todos los temas dados en el curso, de forma breve pero suficientemente profunda para comprenderlos, en está primera parte los módulos estan articulados de manera tal que pueda entenderse la semiología de casi cada trastorno enseñado, es en sí un resumen integrador. La segunda parte es la que corresponde al resumen de cada módulo independientemente del curso, tiene todos los temas que aparecen en la Guía SIFP con excepción del primer módulo (porque, en general, no se evalúa en clase) y del último módulo (porque, en general, no se llega a evaluar en el curso), a partir de la bibliografía obligatoria y no estan integrados entre si.

Índice

Resumen de temas inrrifables para el primer parcial	pág. 3
Resumen de temas inrrifables para el segundo parcial	pág. 29
Módulo 2: Exploración y entrevista en Psicopatología	pág. 67
Módulo 3: Semiología. Áreas semiológicas. Agudeza y cronicidad	pág. 75
Módulo 4: Trastornos Psicóticos. Esquizofrenia y otros trastornos	pág. 108
Módulo 5: Trastornos afectivos y del humor	pág. 139
Módulo 6: Las neurosis	pág. 168
Módulo 7: Trastornos por ansiedad, somatomorfos y disociativos	pág. 187
Módulo 8 - Trastornos de personalidad	pág. 221

Temas inrifables para el primer parcial

Hecho a partir del DSM-4, DSM-5, el Ey y apuntes de la clase con Ignacio Porras

Conceptos

Definiciones de

Agudeza: Según Henry Ey, lo que caracteriza a las **enfermedades mentales o psicosis agudas** es el estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, ciertamente, pueden reproducirse, pero que presentan una tendencia natural a la remisión e, incluso, a la restitución integral. Dentro de este grupo distinguiremos: las psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de la epilepsia. Implica un trastorno de la conciencia; se relaciona con el existir y se configura como un corte transversal en la vida del sujeto. Tiene un funcionamiento variable.

Cronicidad: Según Henry Ey, lo que caracteriza las **enfermedades mentales crónicas** es el presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica. La enfermedad crónica afecta la organización de la personalidad y no está afectado necesariamente el campo de la personalidad. La conciencia no está alterada e implica un corte longitudinal en la vida del sujeto. Es estable y permanente en su funcionamiento.
Según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo: las neurosis, las psicosis esquizofrenia y finalmente las demencias.

Semiología: Podemos definir a la semiología como el estudio de los signos y síntomas que pueden estar revelando una patología o enfermedad.

Psicopatología: La psicopatología es un campo heterogéneo de discursos y prácticas. Coexisten en su seno discursos provenientes de las psiquiatrias, psicologias, psicoanálisis, neurociencias, entre otros. Como primera aproximación podemos entender a la psicopatología como el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, en tanto procesos o estados “anormales” de causas conocidas o desconocidas. Desde su sentido etimológico podemos definir a la psicopatología como el saber del campo del sufrimiento del alma, del acontecer psíquico, etc.

Signo: es un elemento clínico **observable, percibible, medible o cuantificable**. Un signo es el lenguaje no verbal de la cara, el cuerpo y la voz, que a menudo es difícil de controlar. Por ejemplo: arrastra los pies. Le indica los sentimientos del paciente al psicólogo sin utilizar palabras. Puede usar tales indicadores en ese momento para lograr que el paciente se sienta cómodo y para tranquilizarle en el sentido de confirmarle que hizo lo correcto al venir a verle a usted. Las señales son de muchas clases:

1. Territoriales: locomotoras
2. Conductuales: psicomotoras
3. Emocionales: expresivas. Los signos emocionales se expresan en la postura del paciente, los gestos, la expresión facial, el contacto ocular y el tono de voz.
4. Verbales: voz y modos de expresión

Síntoma: es un elemento clínico que constituye una referencia subjetiva. Es aquello que el paciente nos cuenta qué le pasa, es perceptible por la persona que lo está teniendo. Por ejemplo cansancio o dolor.

Síndrome: es una agrupación de signos y síntomas que aparece temporalmente en forma recurrente en muchas personas. Existen síndromes conductuales o psicológicos. Pueden asociarse a malestar subjetivo o a una incapacidad en un área funcional de la vida cotidiana. Supone la alteración de algún área (bio, psico o social).

Diferencia entre psicopatología y psiquiatría

La psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Los profesionales de la psiquiatría son médicos especializados en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, y su enfoque es principalmente biológico, enfocado en la utilización de fármacos y otras técnicas médicas.

La psicopatología, por otro lado, se refiere al estudio de los trastornos mentales y emocionales, su manifestación, desarrollo y tratamiento. Es una disciplina que se enfoca en la descripción, clasificación y explicación de los síntomas y comportamientos anormales que experimentan las personas con problemas de salud mental. Los profesionales de la psicopatología incluyen psicólogos clínicos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental que se especializan en el estudio y tratamiento de los trastornos mentales.

En resumen, la principal diferencia entre la psiquiatría y la psicopatología es que la primera es una rama de la medicina que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, mientras que la segunda se enfoca en el estudio y explicación de los síntomas y comportamientos anormales que presentan las personas con problemas de salud mental. Ambas disciplinas están estrechamente relacionadas y se complementan mutuamente en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales.

Pierre Bercherie establece una diferencia entre psicopatología y psiquiatría. Según el autor, la psiquiatría se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales a través del uso de psicofármacos y otros tratamientos médicos. En contraste, la psicopatología se enfoca en el estudio de los fenómenos psíquicos que se presentan en los trastornos mentales, así como en la comprensión y descripción de las manifestaciones clínicas.

Bercherie sostiene que la psicopatología es una disciplina que se encarga del análisis de las estructuras y funciones mentales, en tanto que la psiquiatría se enfoca en la aplicación de tratamientos médicos para los trastornos mentales. Mientras que la psiquiatría se enfoca en la clasificación y tratamiento de las patologías mentales, la psicopatología se enfoca en el estudio de los fenómenos mentales que se presentan en la clínica.

En resumen, la principal diferencia entre psiquiatría y psicopatología según Bercherie radica en que la primera se enfoca en el tratamiento médico de los trastornos mentales, mientras que la segunda se enfoca en el estudio de los fenómenos psíquicos presentes en dichos trastornos y en la comprensión y descripción de las manifestaciones clínicas.

Según el psiquiatra y filósofo George Edward Berrios, la diferencia entre psicopatología y psiquiatría radica en que la primera se refiere al estudio de los fenómenos mentales patológicos, independientemente de cualquier marco teórico o disciplinario, mientras que la segunda es una disciplina médica que utiliza la psicopatología como una de sus herramientas para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales.

La psicopatología se enfoca en la descripción y comprensión de las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales, con el objetivo de identificar patrones, síntomas y signos que puedan guiar el diagnóstico y tratamiento. La psiquiatría, por su parte, utiliza esta

información para clasificar y tratar los trastornos mentales de acuerdo con un marco conceptual y terapéutico específico.

Además, Berrios señala que la psicopatología puede ser una disciplina interdisciplinaria que incluye no solo la medicina, sino también la psicología, la sociología, la antropología, entre otras disciplinas. Mientras que la psiquiatría se enfoca principalmente en el diagnóstico y tratamiento médico de los trastornos mentales.

Semiología

Semiología de la conducta: cuando prestamos atención a las conductas de un sujeto, estamos prestando atención a su hacer, a su modo de existir. De alguna manera procuramos acercarnos al ser, al sujeto en sí, a través de su hacer. Podemos entender a la conducta como la síntesis del sujeto mismo en un momento dado. Es justamente lo que nos permite realizar un movimiento integrador entre el hacer y el ser. Es importante tener en cuenta la dimensión contextual e histórica de la conducta, y lo que refiere a lo normativo cultural y socialmente. Se debe prestar atención a las conductas que hace, pero también a las que no hace. Son importantes las conductas basales, que refieren a aquellas que se relacionan predominantemente con el área corporal, como el sueño, la alimentación y las funciones excrementicias. Y las conductas complejas, donde estan incluidos los pragmatismos ocupacionales (laboral y académico), pragmatismos sociales (refieren a la capacidad de relacionarse con los demás) y el cuidado personal, donde se incluye la higiene. Los accidentes, la sexualidad y las conductas autoagresivas o heteroagresivas también estan incluidas.

Semiologia de la conciencia: un sujeto tiene una adecuada capacidad de organización de la experiencia inmediata en el aquí y ahora en la medida en que tiene una buena:

- **orientación autopsíquica:** sabe quien es
- **orientación alopsíquica:** reconoce el entorno
- **orientacion temporo espacial:** se ubica correctamente en relación al tiempo y el espacio
- capacidad de discriminar y mantener separadas sus vivencias internas de las representaciones externas y compartidas
- capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, presentes y las de sus proyectos a futuro

Frente a una alteración de alguno o todos estos niveles se plantea que se está frente a un trastorno de conciencia.
Es importante tener en cuenta que la conciencia normal se encuentra entre dos extremos, la vigilia y el dormir. Un sujeto se presenta lúcido cuando es capaz de reconocer y reflexionar sobre problemas, teniendo como consecuencia la posibilidad de registrar y recordar posteriormente lo vivido. El sujeto puede distinguir con claridad ante sí mismo lo que piensa, sabe, desea, sus acciones y vivencias. Una condición de lucidez es la vigilia, sin la cual no es posible que se den estos procesos. El sueño implica una suspensión de la conciencia. Hay estados normales en donde hay una desestructuración de la conciencia, por ejemplo cuando se está por dormir y cuando recién se despierta el sujeto.

La organización patológica de **ser consciente** implica patologías crónicas como la psicosis. Por otra parte las alteraciones del **campo de la conciencia** se refieren a las desestructuraciones de dicho campo, que se observan en los estados de agudeza, por lo que estas desorganizaciones se pueden observar tanto en reagudizaciones de las patologías crónicas como así también en patologías agudas.

Los trastornos de conciencia son alteraciones del **campo de la conciencia.**

Trastorno de conciencia confusional (estado confuso-onírico) presenta alterada:

- la orientación temporo-espacial
- la orientación autopsíquica
- la orientación alopsíquica
- la capacidad para retener los acontecimientos, luego de salido del estado confuso-onírico, la experiencia confusional presenta carácter amnésico

Trastornos de conciencia oniroide (estados oniroides): presenta alterada:

- la capacidad de distinguir las vivencias internas del mundo externo, compartido
- de manera intermitente la orientación temporo-espacial, el sujeto puede encontrarse correctamente ubicado temporo-espacialmente y luego puede llegar a momentos de confusión

En estos el sujeto puede recordar la experiencia vivida durante este trastorno.

Trastorno de conciencia ético-temporal: presenta alterada:

- la capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, presentes y las proyectadas a futuro

Desarrolle los trastornos de conciencia según grado de desestructuración

En términos de desestructuración del campo de conciencia, de mayor desestructuración a menor desestructuración, estos trastornos se agrupan así:

- **Estados confusionales**
- **Estados oniroides**
- **Trastorno de conciencia ético-temporal**

Según grado de desestructuración, los trastornos de conciencia se pueden ordenar desde el mayor grado de desestructuración que tiene el trastorno confusional, donde el sujeto tiene una confusión que se caracteriza por la disolución más o menos completa de la conciencia donde se transforma profundamente la percepción de la realidad. El sujeto pierde las dimensiones espacio-temporales, no logra ubicarse ni a sí mismo, ni al entorno o los acontecimientos en el espacio ni en el tiempo, se presenta sonámbulo, extraviado, desorientado autopsíquica y alopsiquicamente, no puede ni siquiera responder como se llama o donde vive, ni reconoce a sus familiares. Dicha experiencia presenta carácter amnésico y cuando despierta y se reincorpora, no recuerda nada de las escenas vividas durante el estado confusional. Estado que, a su vez, además de la confusión, presenta un delirio onírico, asociado a este estado de confusión, donde la realidad se le presenta caótica y se vive como una pelicula incoherente, con emociones de ansiedad, terror y mucha agitación. El sujeto presenta diversas alucinaciones de distinta índole. Es posible, a través de la comunicación, acceder a está experiencia, y el sujeto puede, a medida que la vive, relatarla. En segundo lugar, el trastorno de conciencia con el grado de desestructuración intermedio es el trastorno oniroide, que se caracteriza por la incapacidad del sujeto de mantener su mundo interno separado del externo. Las barreras entre ambas realidades se borran o se vuelven permeables, y el sujeto se entrega a ciertas fantasías que se viven como externas, que se le presentan como una realidad irrefutable exterior, realidad que siempre es incomprensible al espectador. La experiencia, entonces, se desarrolla en un espacio intermedio entre el mundo interno y el externo. El paciente en este estado varía entre estados de lucidez y perplejidad, entra y sale del delirio y la vivencia delirante, ubicándose a veces perplejos y críticos frente a la experiencia, y otras veces aceptándola como la realidad misma. Por momentos se encuentran, a diferencia del estado confusional, bien ubicados temporo-espacialmente hasta llegar a los momentos de confusión. Debido a está oscilación mantienen algunos recuerdos de la experiencia, ya que está está radicalmente separada de la existencia. Por último, el trastorno de la conciencia con menor

grado de desestructuración es el ético-temporal, este tiene dos componentes. Por un lado la dimensión temporal, que refiere a cómo se ubica el sujeto en el tiempo vivido, y presenta dos posibilidades. Por un lado, el sujeto se puede presentar atado al pasado, a un acontecimiento que hizo o que debió hacer en el pasado, y no puede despegarse de el. Lo vivido en el aquí y ahora y en el futuro no importan, es imposible para el sujeto pensar en estos tiempos, lo único que importa es aquella situación pasada que desata sentimientos intensos de culpa y remordimiento. Estos sentimientos estan atados a la dimensión ética del trastorno, que tiene que ver, en este caso, con el polo del deber en la dialéctica deber-deseo. El sujeto no puede separarse de aquello que debió hacer, y debe disculparse ahora por ello, debe sufrir por ello, le es imposible pensar de otra forma. Por otro lado, tenemos al sujeto que se proyecta a futuro maniacamente, exaltado, expansivo, solo se puede situar en un tiempo futuro, desde la dimensión ética en el polo del deseo. El deseo lo es todo, el futuro para el sujeto se le aparece como actual, inmediato. Todo lo que desee irá a hacerlo, nada se le aparece como obstáculo, como imposible. Todo es posible, en cuanto lo desea hacer. No piensa en las consecuencias que pueden tener sus acciones.

Semiologia de la memoria, atención y lenguaje: se caracterizan por ser por momentos conscientes; por ser aprendidas y modificarse en el curso de la vida. Y en conjunto con otros fenómenos psíquicos como la percepción, el humor, la afectividad, imaginación, lenguaje, etc, constituyen el campo de la conciencia.

La **memoria** es fundamental para establecer la continuidad del yo en el tiempo, para poder vivenciar el sentimiento de sí mismo como un sujeto particular. No solo es fundamental para recordar sino también para olvidar. Existen una diversidad de tipos de alteraciones amnésicas, tanto de evocación como de consolidación de nuevas memorias. Existen alteraciones cuantitativas de la memoria, como la amnesia psicógena, que es de causalidad psíquica, y en ella no se pueden recordar hechos pasados debidos a una situación traumática o para obtener un beneficio. La amnesia disociativa también es psicógena y refiere a episodios de olvido de recuerdos personales importantes, generalmente vinculados a hechos traumáticos o estresantes. También alteraciones cualitativas de la memoria, como las paramnesias: falsos reconocimientos, fabulaciones o confabulaciones que refieren a la invención de recuerdos inexistentes, o el deja vu.

La **atención** se define tanto como una capacidad, actitud mental, proceso psicológico mediante el cual el sujeto puede dirigir, centrar la actividad psíquica sobre un objetivo o estímulo. La concentración es la capacidad, exclusiva del ser humano, de mantener la atención sobre un foco de interés determinado de forma voluntaria. Es difícil separarla de otros procesos psíquicos como la percepción o la memoria, y la alteración de la atención puede afectar tanto al campo de la percepción como de la memoria. La capacidad de la atención depende tanto de fenómenos internos como externos.

El **lenguaje** es una de las manifestaciones por excelencia de la actividad psíquica, logrando a través de ella tener noticias del pensamiento. Está estrechamente unido al pensamiento pero cada uno mantiene una estructura particular. Algunas alteraciones del lenguaje oral, de etiología psíquica, son la bradilalia, que refiere al discurso enlentecido como consecuencia de la lentitud de los procesos psíquicos

Semiología de la afectividad: la afectividad puede considerarse una actividad del psiquismo, tanto como pueden serlo la inteligencia o la percepción. Tiene un aspecto psicosomático; la vida afectiva origina contenidos singulares, estados comunicables y no comunicables, originales y que no pueden reducirse a otros procesos o estados. Para Henri Ey es a través de la afectividad que se manifiesta la máxima interrelación entre el psiquismo y lo somático. Puede definirse la vida afectiva como el conjunto de estados que el sujeto

vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión verbal y no verbal (comunicatividad) y que se distribuye en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable, etc (polaridad). Implica considerar las **emociones, sentimientos, afectos y el humor.** El afecto tiene siempre una vertiente subjetiva (interna) y una objetiva (externa, observable), y la exploración psicopatológica de la afectividad debe tener en cuenta ambas. En cuanto a las alteraciones de la afectividad, estas pueden constituir trastornos de los sentimientos de estado, los cuales pueden ser experimentados como próximos al cuerpo como la ansiedad o la tristeza vital, o menos próximos al cuerpo como la euforia o el aplanamiento afectivo. Pueden constituir también trastornos de los sentimientos de valor, que pueden ser experimentados en relación con vivencias de la propia valía, como la culpa o la sobrevaloración, y también experimentados en relación a vivencias del valor ajeno, como la suspicacia o la hostilidad.

Semiología de la percepción: tiene un estrecho relacionamiento con el área de la conciencia y la atención, estando sobredeterminada por está última ya que para percibir es necesario atender. La percepción implica la recepción de información y sensaciones (sensopercepción), la organización comprensible de los datos y su significación (representación). La sensopercepción es un reflejo fiel del objeto y no depende de la voluntad, implica exterioridad y corporeidad, la representación depende de la voluntad y carece de exterioridad y corporeidad. En este sentido, la percepción tiene elementos externos, compartibles entre las personas, que coexisten con apreciaciones personales de cada individuo. Existen alteraciones de la sensopercepción cuantitativas, que a su vez pueden dividirse en normales y patológicas, y cualitativas, estas últimas son las más consideradas en el estudio de la semiología. Entre estas últimas estan las pseudopercepciones, que incluyen a las ilusiones, percepciones delirantes y alucinaciones.

- **Ilusiones:** se definen como la percepción falseada o deformada de un objeto real. Cuando la ilusión no es criticada por el juicio del sujeto pasa a ser un fenómeno patológico. Pueden producirse en cualquier órgano sensorial.
- **Percepción delirante:** consiste en la falsacion del significado de una percepción existente, casi siempre se encuentra antecedida por un trastorno delirante
- **Alucinaciones:** son percepciones sin objeto

Entre los síndromes que se pueden encontrar preponderantemente alucinatorios, estan el síndrome de automatismo mental, sea ya el gran automatismo mental como el pequeño automatismo verbal; también el síndrome de influencia o el síndrome de cotard.

Semiologia del pensamiento: el pensamiento se refiere al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a un objetivo, iniciado por un problema o tarea, que arriba a conclusiones orientadas hacía la realidad. Su función es tramitar y resolver estímulos, a través de una lógica asociativa, con una cadencia y secuencia no interrumpida. Por lo que es finalista y con contenidos adecuados a la realidad. En la semiología se tienen en cuenta su forma, contenido, curso, coherencia y riqueza. Las alteraciones en la forma del pensamiento estan vinculadas al lenguaje, y existen alteraciones sintácticas como fragmentación de las frases o ensalada de palabras; estas evidencian una pérdida de la secuencia lógica y una carencia de ideas directrices que regulan el pensamiento. Luego, hay alteraciones semánticas o de significado, como los neologismos, paralogismos y la glosolalia. También existen alteraciones de ilación, que pueden constituir un trastorno de ilación o asociativo

Semiologia de la personalidad: se puede definir a partir de las facultades de la percepción y del pensamiento sobre sí mismo y sobre el ambiente y las relaciones que lo rodean, formándose en ellas un patrón de comportamiento duradero en el tiempo, donde los rasgos de la personalidad son aspectos prominentes que la manifiestan.

- **Una personalidad sana implica:** flexibilidad, bienestar subjetivo y ajuste al contexto sociocultural, en tanto experiencia interna y comportamiento individual
- **Una personalidad patológica (y por tanto un trastorno de personalidad) implica:** rigidez, malestar subjetivo y desadaptación sociocultural comportamental

Está constituida por **rasgos** y el **carácter.** Siendo los rasgos un aspecto, actitud, elemento que constituye al carácter, y que da cuenta del todo pero no lo subsume en su totalidad. El carácter, por su lado, es la expresión más permanente de la personalidad, la que la muestra y manifiesta. En tanto cuadros psicopatológicos, hay neuróticos, psicóticos, etc. Los rasgos psicóticos son el esquizoide: que se caracteriza por un retraimiento afectivo, extrañeza corporal, frialdad, dificultad de comunicación, estereotipias de comportamiento, etc; el rasgo paranoico, que se caracteriza por: falsedad de juicio, psicorigidez, reproches persecutorios, orgullo, agresividad, etc, y rasgos sensitivos paranoicos, que se caracterizan por: susceptibilidad, hipermotividad, inseguridad, introspección, etc

Delirio

Según el DSM-4, el delirio es una creencia fija que no es susceptible de cambio a la luz de las pruebas en su contra, y su contenido pueden incluir varios temas como persecutorio (son los más comunes), referencial, de grandeza y erotomaniaco. Pueden ser extravagantes o no extravagantes.

Idea delirante: implica siempre una desviación del juicio de realidad. El sujeto no rectifica está idea a pesar de tener buena capacidad comprensiva y buen nivel intelectual. No hay lucha contra está idea, pero si puede haber por defenderla e imponerla. La idea delirante es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, o por alteraciones perceptivas. Está condiciona la conducta del enfermo, este está convencido de la idea delirante; está en general es individual, no es compartida por otras personas.

Semiológicamente definimos a la idea delirante como incompartible, ilógica, irreductible, generadora de conductas. Estas 4 características deben estar presentes.

La idea delirante se origina en los choques y reacciones del individuo frente al medio. El error que encierra la idea no es reconocido por la persona; está es aceptada como una verdad y el sujeto se desvive por imponerla. Es producto de un juicio desviado. Es sostenida por una voluntad vigorosa, se observa en los delirios. Es irreductible y no admite réplicas. Repercute en la conducta, coloca al sujeto en una posición activa, buscando pruebas y tratando de convencer.

Delirio en general

Definición de delirio

Etimológicamente significa “desviarse”. Se entiende como un estado más o menos temporario de perturbación mental caracterizado por: confusión, desorientación, intranquilidad motora, trastorno de lenguaje y a menudo, alucinaciones.

El delirio no es una forma de ignorar la realidad, sino otra manera de percibirla y vivirla. Constituye:

- Un error patológico persistente
- Producto de un juicio desviado
- Irreductible a los argumentos lógicos
- Condiciona la conducta total o parcialmente
- El sujeto posee un papel central dentro de la temática delirante

El delirio es entonces el resultado de una profunda alteración de personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad (pérdida de la capacidad de discernir entre lo real y la fantasía), se torna influenciable e inincorregible, desplegándose hasta construir un sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida y de la existencia de la persona.

Cuando el **delirio es permanente** (crónico), tiende a desarrollarse y a organizar la totalidad de la existencia. Son narrados dado que no tienen el calor afectivo de algo que se está viviendo en ese momento.

Semiológicamente estudiamos al delirio a través de su tema, mecanismo psicológico, estructura y sistematización.

Definición de estructura del delirio

Estructura: se refiere al tipo de vínculo que establece con el mundo en función del mismo. Es decir, refiere a la relación que el sujeto establece con el delirio y con la realidad.

Cuando un delirio está estructurado, genera menos angustia en el paciente, ya estaría instalado en la personalidad y en algunos casos también da cuenta del deterioro (pérdida del principio de realidad)

Los delirios pueden ser **estructurados** o **no estructurados** en función de cómo se integren a la personalidad del sujeto. Los delirios agudos se caracterizan por ser no estructurados, mientras que los crónicos se caracterizan por estructurar la personalidad del sujeto en función de ellos. Existen tres tipos de estructuras:

- **Paranoide:** es la estructura del delirio de la esquizofrenia. Es una organización caótica, laxamente vinculada a la personalidad, dado que se estronca con la personalidad disgregada del mundo del esquizofrénico. Se caracteriza por componer un mundo de creencias hermético, difícil de penetrar, en general está pleno de incoherencias y utiliza modos de pensamiento mágico. Se produce una transformación de la realidad en función de las vivencias internas: es vivido desde adentro hacía afuera, la realidad sufre una alteración. En general, no existe un intento de comunicar sus ideas delirantes. Esto lleva al existir del sujeto a una situación de retraimiento, se va encerrando. El mundo es vivido como hostil. No busca la forma de convencernos de sus delirios.
- **Paranoica:** se trata de un delirio bien articulado, totalmente integrado a la personalidad del delirante, que en este caso está bien organizada. Lo fundamental de este es que el paciente en primer lugar se mantiene integrado al mundo real de los demás, juega con las reglas de los otros. Entonces, va a estar de alguna forma más integrado, va a razonar tratando de convencernos, siguiendo las leyes de la lógica. No presenta deterioro como en la estructura paranoide. Las ideas delirantes poseen el carácter de absoluta convicción, con un contenido persecutorio. La relación del paranoico con el mundo es tan integrada, que a veces resulta difícil determinar cuando el paciente está delirando o no. El paciente busca la forma de convencernos de su delirio y busca pruebas y argumentos para respaldar sus ideas.
- **Parafrénica:** se caracteriza porque hay dos polos en la organización del sujeto, uno en el que el sujeto está bien adaptado a la realidad y otro que es el polo en el que se entronca el delirio, estos dos polos pueden yuxtaponerse. Está estructura se caracteriza por una bipolaridad. Por un lado el sujeto se adapta en forma bastante adecuada al mundo, y por otro suele tener un grupo de ideas delirantes, pero que estan de alguna forma como “encapsuladas”. Este sujeto va a ser una persona que va a tener un grado de adaptación bastante bueno en algunas actividades, pero que en determinados momentos es como si nosotros tocaramos un “botón” y surge la

temática delirante, que por lo general responde a delirios fantásticos. El paciente no busca fehacientemente convencernos de sus ideas.

Delirio paranoico

Características del delirio en el paranoico

- **Estructura:** se trata de un delirio bien articulado, totalmente integrado a la personalidad del delirante, que en este caso está bien organizada.
- **Temas:** reivindicativo, celotípico o paranoide, en este último pueden haber delirios de persecución, donde el sujeto se siente amenazado desde afuera, amenazado de muerte. Delirio de daño y perjuicio, donde también se siente amenazado desde afuera, pero piensa que lo quieren dañar, entre otros. Estos delirios son relativamente coherentes por su forma sistemática, es decir que se presentan al observador como relativamente plausibles. De ahí su poder de convicción o de contaminación.

- **Tipos clínicos:**

1) **Sensitivo**: es un paranoico pasivo, tiende a retirarse de las situaciones delirantes paranoides
2) **Querellantes**: sienten que le afanan, que le roban todo el tiempo
3) **Apasionado idealista**: sueña con sistemas sociales absurdos, está solo en está creencia, nadie lo acompaña en su idea
4) **Celotípico**: incluye a un tercero en su relación de pareja

- **Sistematización:** el delirio paranoico es el delirio más sistematizado por excelencia
- **Mecanismo psicológico:** interpretativo, implica una inferencia errónea a partir de un hecho real. Se define como un falso juicio elaborado a partir de una percepción exacta
- **Vivencia:** se vive el delirio intensamente, con fanatismo, convicción, se le presenta como la verdad. Posibilitan sentimientos de odio y de venganza, de frustración. En algunos casos como en el delirio celotípico pueden llegar a sentirse burlados o abandonados.
- **Semiologia de la memoria:** se caracteriza por lo preciso de los datos respecto a las fechas, lugares, acontecimientos, que son conservados de modo sumamente detallista, sobre todo si se encuentran relacionados con hechos vinculados a la temática delirante.
- **Semiología de la personalidad:** el delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas. El carácter llamado paranoico (desconfianza, orgullo, agresividad, falsedad de juicio, psicorrigidez) constituye un aspecto fundamental de la personalidad de muchos de estos enfermos.

Cómo se estructura y desarrolla el delirio del paranoico

Estos delirios se desarrollan con orden, coherencia y claridad, estan prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante por lo que caracterologicamente el sujeto está predispuesto a desarrollar este tipo de delirios. Los delirios estan caracterizados por su construccion, en cierta manera lógica, a partir de elementos falsos, errores o ilusiones, que son como los postulados de la fábula delirante. La construcción delirante, así, subordina toda la actividad psíquica a sus fines. Los delirios, por su forma sistemática, se presentan como plausibles. Con frecuencia se desarrollan insidiosamente, a veces a razis de un fracaso o conflicto. En la búsqueda de la defensa de sus derechos o de su honor, o a través de un inagotable deseo de justicia, los paranoicos se ensañan implacablemente con la temática delirante, buscando reivindicar algo. Los delirios

pasionales, por ejemplo, se desarrollan en un acumulado de frustraciones, resentimiento y odio, donde el sujeto se siente burlado y abandonado, y el delirante se comporta en todo sentido alrededor del tema fundamental del delirio utilizando todos aquellos medios que le “abren los ojos”, buscando una “verdad” absoluta, encontrando “pruebas” y pseudocomprobaciones en todos lados. Lo fundamental de este es que el paciente en primer lugar se mantiene integrado al mundo real de los demás, juega con las reglas de los otros. Entonces, va a estar de alguna forma más integrado, va a razonar tratando de convencernos, siguiendo las leyes de la lógica. No presenta deterioro como en la estructura paranoide. Las ideas delirantes poseen el carácter de absoluta convicción, con un contenido persecutorio. La relación del paranoico con el mundo es tan integrada, que a veces resulta difícil determinar cuando el paciente está delirando o no. El paciente busca la forma de convencernos de su delirio y busca pruebas y argumentos para respaldar sus ideas. Se presentan ante la clínica con todos los atributos de un pensamiento discursivo y activo, de una especie de relato, de conversación o de diálogo, que se desarrolla en un mundo imaginario pero abierto a la comunicación con los demás. Aquí, el delirio es más pensado y hablado que vivido. El delirio tiende a desarrollarse y a organizar la totalidad de la existencia, son narrados dado que no tienen el calor afectivo de algo que se está viviendo en ese momento. Cuando se trata de delirios pasionales o de interpretación, el tema delirante constituye un “sistema razonador” de creencias y de convicciones que está como separado de la experiencia sensible actual. Las interpretaciones dan lugar a un trabajo de razonamiento o de construcción que se deduce, por así decir, de las convicciones, etc. Este carácter de racionalización o elaboración intelectual es lo que permite no confundir estos delirios con las experiencias delirantes de las psicosis delirantes agudas, las cuales ofrecen el carácter de un trastorno más global y pasivo de la experiencia perceptiva

Delirio parafrénico

Características del delirio en el parafrénico

- **Estructura:** se caracteriza porque hay dos polos en la organización del sujeto, uno en el que el sujeto está bien adaptado a la realidad y otro que es el polo en el que se entronca el delirio, estos dos polos pueden yuxtaponerse. Está estructura se caracteriza por una bipolaridad. Por un lado el sujeto se adapta en forma bastante adecuada al mundo, y por otro suele tener un grupo de ideas delirantes, pero que estan de alguna forma como “encapsuladas”. Este sujeto va a ser una persona que va a tener un grado de adaptación bastante bueno en algunas actividades, pero que en determinados momentos es como si nosotros tocaramos un “botón” y surge la temática delirante, que por lo general responde a delirios fantásticos. El paciente no busca fehacientemente convencernos de sus ideas. Constituyen verdaderas novelas, se caracterizan por una proliferación imaginativa de extraordinaria exuberancia y se traducen en las concepciones más extravagantes y quiméricas. En estos delirantes llama la atención el sorprendente contraste entre las concepciones paradójicas y mitológicas del delirio y la correcta adaptación del sujeto a la realidad. Los delirios más fantásticos no impiden al enfermo el estar bien inserto en la realidad de la existencia cotidiana. La capacidad intelectual, la memoria, la actividad laboral, el comportamiento social, permanecen intactos de modo notable.
- **Temas:** consisten en una creencia falsa, absurda, la cual es imposible. Los temas de influencia (dominio maléfico, procedimientos científicos o mágicos de acción a distancia, cohabitaciones corporales, etc); los temas de persecución (conspiraciones espirituales o sobrenaturales, etc), las ideas de envenenamiento, transformación de órganos, etc., convierten a estos enfermos en víctimas acorraladas y hostigadas por innumerables perseguidores, por el demonio o las fuerzas del mal. Los temas de grandeza (identificación a los grandes reyes o Dios; intervención de todas las

potencias naturales y sobrenaturales en los acontecimientos de la fabulación) son aquí preponderantes.

- **Sistematización:** tiene una sistematización intermedia a alta
- **Mecanismos psicológicos:** imaginativo o fabulatorio, el sujeto genera una invención de falsos acontecimientos. Crea distintos tipos de ficciones o fábulas. En general crean una concepción fantástica del mundo, parecido a un soñar despierto, que para el sujeto tiene una constatación irrefutable. Estos delirios se asientan sobre un fondo constitucional mitomaniaco. Es raro que este tipo de delirio no comporte una actividad alucinatoria, pero por lo general la alucinación cede el paso a la fabulación. Las referencias a la experiencia alucinatoria tienden a borrarse a medida que la imaginación ahoga las alucinaciones
- **Semiologia de la percepción:** es importante tener en cuenta que aunque la fabulación del delirio parafrénico o su referencia a percepciones delirantes puede dar al observador la ilusión de que se trata de experiencias perceptivas, en realidad, estas son en general pseudoalucinaciones. Cuando el enfermo nos habla de “sus voces” o cuando le observamos mientras está a punto de “percibirlas”, se trata de una especie de relato cuyo valor semiológico es más el de una proyección ideoafectiva o de un trabajo intelectual o imaginativo delirante, que el de un trastorno de la percepción inmediata y sensorial.
- **Semiología del pensamiento:** una de las características de estos delirios es el pensamiento paralógico; estos delirantes toman sus ideas de la pura fantasía, sin preocuparse de su verosimilitud lógica. La fábula delirante se desarrolla fuera de todas las categorías del entendimiento. El espacio y el tiempo son adaptados a está fantasmagoría: la ambigüedad de las personas, su mezcolanza y su multiplicidad, la simultaneidad o la confusión de la amalgama de acontecimientos o la absurdidad de las figuras

- **Alteración del curso del pensamiento:** puede darse taquipsiquia o fuga de ideas, donde el paciente se presenta extremadamente verborreico. Las ideas fluyen con gran velocidad, el paciente siente una imperiosa necesidad de expresión. Las ideas se enlazan a través de asociaciones superficiales. Generalmente el discurso puede ser comprendido por el entrevistador.

Cómo se estructura y desarrolla el delirio del parafrénico

Las modalidades de comienzo son variables, algunas se desarrollan lenta e insidiosamente; otras se constituyen rápida y casi inmediatamente, dando lugar a una especie de mutación fantástica en las relaciones del delirante con su mundo. En su periodo de estado, el delirio fantástico está formado por síntomas variados (alucinaciones, fabulaciones, interpretaciones, intuiciones delirantes, místicas, de grandeza, etc). Se estructura en una bipolaridad en donde por un lado, el enfermo está adaptado a la realidad, y por otro lado, está el delirio fantástico, muchas veces estos dos polos se yuxtaponen. La evolución del trastorno tiene lugar a lo largo de varios años y termina en un estado de delirio crónico, por lo general irreversible; el delirio fantástico, después de una fase de elaboración activa, se fija indefinidamente en sus temas esenciales, estructurándose a la vida cotidiana del sujeto y no emergiendo a menos que se hable del tema principal del delirio. En tanto delirio crónico, se presenta ante la clínica con todos los atributos de un pensamiento discursivo y activo, de una especie de relato, de conversación o de diálogo, que se desarrolla en un mundo imaginario pero abierto a la comunicación con los demás. Aquí, el delirio es más pensado y hablado que vivido.

Las psicosis alucinatorias crónicas (PAC) tienen una sistematización y estructura similar a la de las parafrenias.

Delirio paranoide (Esquizofrenia)

Características del delirio en el esquizofrenia

- **Estructura:** el delirio paranoide es la estructura del delirio de la esquizofrenia. Es una organización caótica, laxamente vinculada a la personalidad, dado que se entronca con la personalidad disgregada del mundo del esquizofrénico. Se caracteriza por componer un mundo de creencias hermético, difícil de penetrar, en general está pleno de incoherencias y utiliza modos de pensamiento mágico. Se produce una transformación de la realidad en función de las vivencias internas: es vivido desde adentro hacía afuera, la realidad sufre una alteración. En general, no existe un intento de comunicar sus ideas delirantes. Esto lleva al existir del sujeto a una situación de retraimiento, se va encerrando. El mundo es vivido como hostil. No busca la forma de convencernos de sus delirios. Presenta deterioro.
- **Tema:** hipocondriacos, de influencia, envenenamiento
- **Sistematización:** tiene una pobre sistematización
- **Mecanismo psicológico:** alucinatorio y/o intuitivo
- **Vivencia:** el enfermo tiene una vivencia de extrañeza, vive sumido en un desquiciamiento psíquico, continuo o intermitente. Consiste básicamente en un profundo cambio de la experiencia sensible, que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencia. Está experiencia de extrañeza produce generalmente angustia, como un presentimiento de una catástrofe inminente que a veces se describe como una capacidad de clarividencia. Es una experiencia caótica, compuesta de ilusiones, interpretaciones, intuiciones y alucinaciones, donde el mundo interior está perturbado, las sensaciones cenestésicas alteradas son vividas como dolores o transformaciones corporales. Es una experiencia muy difícilmente expresable o formulable, permaneciendo mayoritariamente oscura. Se trata de algo misterioso o terrible, donde el sujeto no puede encontrar las palabras para analizarlo, porque no puede despegarse ni siquiera un poco de dicha experiencia. A su vez, se vive una vivencia de despersonalización, ya que la extrañeza se vive en la esfera del cuerpo y del pensamiento, se sienten transformados, metamorfoseados. Cuando se intenta expresar a través del lenguaje dicha experiencia de despersonalización, se utiliza muy a menudo un lenguaje ambiguo, abstracto, extraño y contradictorio. Además, existen vivencias de influencia, que expresan un sentimiento de ser sometidos a una serie de comunicaciones, de guías a distancia del pensamiento. Se le adivina, se le sustrae o impone el pensamiento, sensaciones que estan ligadas con las alucinaciones acústico-verbales, sensitivas y psicomotoras relacionadas al síndrome de automatismo mental. El sujeto siente flujos o fluidos al pasar cerca de objetos o personas, siente que sus palabras son forzadas. El sujeto se cierra sobre sí mismo, el delirio se organiza en un mundo autístico que se superpone a la realidad y el sujeto se cierra a toda comunicación, en su propio mundo, hermético, oculto y laberíntico, y es este mundo lo que representa el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica. A medida que se acentúa progresivamente está disociación entre el mundo interno y el mundo real, el sujeto pierde contacto con lo exterior, con sus coordenadas espaciales y temporales, pero además pierde su contacto consigo mismo, se siente dividido, fragmentado en tanto persona corporal y temporal, disociado de su propia historia, solamente pudiendo adherirse a pedazos de su realidad, imágenes, ideas, recuerdos aislados, que no permiten componer o mantener la unidad de su persona. La existencia del esquizofrénico, sus vivencias, tiene alterados todos los lazos que naturalmente lo unen con la realidad y las demás personas.
- **Semiologia de la memoria:** en la esquizofrenia llama la atención la capacidad para recordar con exactitud determinada información generalmente previa al desarrollo de la patología y que no aporta datos relevantes (hora del casamiento, por ejemplo), a

la vez que la memoria se ve afectada debido a la alteración y deterioro global del pensamiento, lo que no le permite reconstruir en forma adecuada fragmentos de su vida que dan cuenta de quién es o de su historia.

- **Semiología de la personalidad:** la esquizofrenia es una tendencia a la desorganización del Yo y de su Mundo, a la organización de la vida autística; es al mismo tiempo, una malformación estructural y un desarrollo histórico. Lo básico de la esquizofrenia no es la aptitud de delirar, sino la instalación en ese modo de vida que es el delirio crónico; no es la posibilidad de vivir una experiencia subjetiva, sino la imposibilidad, la incapacidad de salir de ella. Lo esencial de la patología esquizofrénica está constituido por la deformación y la regresión de la personalidad. El esquizofrenia es un alienado en tanto que es un delirante crónico, es decir, que su delirio, sus alucinaciones, todos los síntomas que presenta nos hacen captar una dislocación de su sistema de realidad, de sus creencias, de las ideas y de los sentimientos que constituyen la transformación de su mundo y de su persona en el mundo y persona “autísticos”.
- **Semiología del pensamiento:** el sujeto esquizofrénico tiene como característica común la **impenetrabilidad,** la cual caracteriza la incoherencia de su mundo de relaciones, su tonalidad enigmática, el hermetismo de sus intenciones, de su conducta o de sus proyectos.

- En cuanto a las **alteraciones formales(forma) del pensamiento,** se encuentran neologismos, paralogismos o glosolalia, que consisten en una alteración del significado de las palabras o de las figuras del discurso. En lo relativo al pensamiento evidencian un corte con la realidad compartida y con el contacto interpersonal. La presencia de neologismos y paralogismos implica un pensamiento que deja de construirse en contacto con los otros, que pierde los significados compartidos. El sujeto queda encerrado en su propio universo hermético, ininteligible.
- **Alteraciones de ilación:** los esquizofrénicos pueden presentar un trastorno de asociación de ideas debido al oscurecimiento del pensamiento. En este se pierde la finalidad comunicativa, las ideas directrices que comandan las secuencias asociativas cambian constantemente, y se pierde la capacidad de organizar el pensamiento en función de una idea directriz. La **disgregación** del pensamiento se oscurece al punto de volverse impenetrable. La expresión del pensamiento a través del lenguaje ha perdido sus ideas directrices, su finalidad comunicativa en el vínculo intersubjetivo. Esto no quiere decir que el paciente no este lucido.
- **Alteraciones en el curso:** a veces presentan alteraciones en la continuidad del pensamiento, donde ocurre el fenómeno de **interceptación,** la cual es una interrupción en el curso del pensamiento, retomando el paciente su discurso con una idea que no guarda relación con la anterior.

- **Semiología de la percepción:** pueden presentar alteraciones cualitativas de la sensopercepción como las pseudopercepciones, entre estas se encuentran las alucinaciones, particularmente las olfativas o gustativas, en general, vinculadas a los temores de envenenamiento.

- Los pacientes esquizofrénicos pueden llegar a tener alucinaciones olfativas o gustativas, en general vinculadas a los temores de envenenamiento

- **Semiologia de la afectividad:** pueden considerarse puertas de entrada a la esquizofrenia:

1. **Estados de excitación maníaca:** se presentan elementos de discordancia, fenómenos catatónicos, introversión, etc
2. **Estados depresivos:** estado de angustia con culpabilidad sexual, alucinaciones, ideas de suicidio, ambivalencia
3. **Estados confusooniricos:** bajo la forma de psicosis confusionales con onirismo y de estados crepusculares oniroides

- Los sujetos esquizofrénicos tienden una tendencia a la **ambivalencia:** consiste en la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucedido de dos sentimientos, dos expresiones, dos actos contradictorios: deseo-temor, amor-odio, etc. Estos dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente, en una especie de yuxtaposición y de mezcolanza inextricable
- En cuanto a los trastornos afectivos, pueden presentar **aplanamiento afectivo o embotamiento**, el cual es un trastorno afectivo de los sentimientos de estado que se experimenta como menos próximo al cuerpo, y refiere en este caso a una disminución de la capacidad de respuesta emocional. Deficiente capacidad empática y modulación del afecto. El sujeto se presenta como frío, indiferente, sin ganas de hacer nada, apáticos, distantes. Este aplanamiento afectivo puede ser vivido tanto en relación a los demás como consigo mismo. También **apatía, y ambivalencia,** está última se describe como un estado afectivo caracterizado por la presencia simultánea de sentimientos opuestos.

● **Semiología de la conducta:** conductas complejas como el cuidado personal o la falta de higiene personal se ven muchas veces en cuadros de esquizofrenia como parte del ensimismamiento del sujeto. La observancia del arreglo en el pelo y en los dientes también nos da la idea del cuidado personal. En algunos pacientes esquizofrénicos el descuido en las piezas dentales es notorio y puede inclusive ser discordante con un pelo engominado y mucho perfume. Lo laboral va a estar marcado por un bajo rendimiento, debido al pobre nivel energético y a la posible desorganización. Con respecto a los arreglos del pelo o las formas de vestir, la extravagancia en estos aspectos remite a veces a la esquizofrenia. Con respecto a las conductas sexuales, la falta de deseo sexual puede ser indicativa de retracción esquizofrénica. La identidad sexual puede estar a su vez perturbada en pacientes esquizofrénicos y tender a ser una preocupación. Con respecto a los pragmatismos sociales, los pacientes esquizofrénicos muchas veces transcurren sus días centrados en sus pensamientos, lejos del contacto con el otro. El enclaustramiento se da en forma frecuente. La vida de relación queda muchas veces en la mínima expresión.

● **Semiología de la atención:** como todos los procesos psíquicos que implican finalidad y direccionalidad la atención voluntaria se encuentra en déficit. Existen variaciones de la atención que por momentos se presenta como abolida (el sujeto parece no prestar atención, pero al preguntar ha recepcionado más datos de los que parecía); por otro lado puede presentarse sumamente atento a aspectos del entorno que puedan resultar persecutorios, o concentrarse solamente en la temática delirante que le ocupa

● **Semiología del lenguaje:** algunos pacientes pueden presentar bradilalia, que refiere a el enlentecimiento del curso como consecuencia de la lentitud de los procesos psíquicos. También pueden presentar verbigeracion, que refiere a la repetición de frases o palabras que pierden finalidad pero tienen un contenido afectivo inmediato y accesible; verborragia con o sin coherencia, que refiere a la aceleración del flujo del lenguaje; ensalada de palabras, que refiere a una mezcla incoherente de palabras y frases.

● **Semiologia de la conciencia:** la enfermedad presenta una disgregación de la vida psíquica que va a dar lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos; es el “modo” esquizofrenia de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado **síndrome de disociación**; por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también está de un estilo particular: es el delirio autistico o autismo.

- Presenta como característico un **desapego:** el retraimiento del enfermo hacía el interior de sí mismo, la vuelta centrípeta de la conciencia y de la persona, la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensoñación interior.

Cómo se estructura y desarrolla el delirio del esquizofrenia

El delirio de la esquizofrenia tiene una estructura paranoide, con una organización caótica, laxamente vinculada a la personalidad debido a que se entronca con la personalidad disgregada del sujeto con esquizofrenia. Está estructura se caracteriza por componer un mundo de creencias hermético, que es difícil de penetrar y que en general está lleno de incoherencias y que utiliza modos de pensamiento mágico. Su desarrollo es progresivo, desde adentro hacía afuera, es decir, la realidad sufre una transformación en función de las vivencias internas del sujeto, el mundo es vivido desde el interior hacía afuera, y la realidad en ese sentido sufre una alteración. Según los autores de la bibliografía, el sujeto no intenta comunicar sus ideas delirantes ni busca la forma de convencernos de sus delirios, ya que en realidad el sujeto tiende a un retraimiento sobre sí mismo, se va encerrando. El delirio va instalándose progresivamente hasta que se constituye en una modalidad estable y delirante de relacionarse y comunicarse del sujeto. Las ideas delirantes parecen brotar sin razón ni motivo, generalmente versan sobre temas hipocondriacos, de influencia o envenenamiento; muchas veces estas ideas delirantes pueden estar ocultas o ser apenas expresadas, y aparecer repentina y aisladamente. Otras veces se desarrolla en el sujeto un verdadero sistema ideologizador que mezcla tanto especulaciones abstractas con interpretaciones e intuiciones delirantes, y puede verse entonces al sujeto recorrer círculos esotéricos, realizar investigaciones misteriosas, crear religiones, etc. En el sujeto se va a ir instalándose lo que Henri Ey denomina como el “modo” esquizofrenia de desestructuración de la conciencia, complementandose a su vez con un estilo particular de delirio autistico o autismo, que en conjunto constituyen el síndrome de discordancia que da cuenta de un fondo característico del sujeto esquizofrenico, que implica una ambivalencia, el sujeto vive sentimientos opuestos, o tiene comportamientos opuestos, simultáneamente, sin sentirlos de esa manera. Para él no hay contradicción alguna. Además, la distorsión de la vida psíquica va perdiendo la unidad, produciendo incomodidad y malestar que conducen a rodeos extraños, comportamiento extravagantes. El sujeto, además, se vuelve impenetrable, se caracteriza por ser incoherente, viviendo en un mundo de relaciones enigmático, en un hermetismo emocional y conductual imposible de penetrar. Por último, el sujeto se retrotrae hacía sí mismo, se produce una vuelta de la conciencia y de la persona hacía lo interior, lo invade lo subjetivo y se abandona progresivamente a la ensoñación interior. Al nivel del pensamiento el sujeto va perdiendo cohesión, armonía y eficacia, su pensamiento aparece desordenado y cada vez más lentificado. Sus ideas son caóticas y mal dirigidas, las asociaciones cada vez más ineficientes, interferidas.

Delirio alucinatorio crónico

Características del delirio alucinatorio crónico

- **Definición:** se puede definir como una psicosis delirante crónica basada en el síndrome de automatismo mental, que es su núcleo
- **Sistematización y estructura:** similar al de la parafrenia
- **Semiologia de la personalidad:** este síndrome se desarrolla a menudo fuera de toda predisposición caracterológica o afectiva de tipo paranoico
- **Semiologia de la percepción:** se caracteriza por la presenta alucinaciones y pseudoalucinaciones, y por presentar el síndrome de automatismo mental
- **Vivencia:** tiene un comienzo repentino, de pronto estallan las voces, transmisiones de pensamiento o eco del pensamiento. El sujeto se siente adivinado, espiado. Sus actos son comentados, percibe olores raros, gustos sospechosos. Siente que se convierte en una estación receptora o emisora de telegrafía. Sus reacciones son de asombro, desconcierto; experimenta pasivamente este parasitismo alucinatorio.
- **Automatismo mental:**

- **Automatismo ideoverbal:** escucha voces interiores, transmisiones de pensamiento, generalmente amenazadoras. Comentarios de actos, robo o adivinación de pensamiento.
- **Automatismo sensorial y sensitivo:** alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y cenestésicas; sensaciones exteroceptivas, interoceptivas o propioceptivas
- **Automatismo psicomotor:** movimientos forzados en la articulación verbal (lengua, laringe, etc), musculatura facial, del cuello o de los miembros. Sensación de imposición de movimientos.
- **Evolución:** a veces evoluciona hacía una forma de déficit o de disgregación, pero más típicamente el sujeto conserva la lucidez, las capacidades intelectuales y la apertura al mundo real; conservación que contrasta con el núcleo delirante y alucinatorio.
- **Final:** puede ocurrir que las alucinaciones ideoverbales más fantásticas finalmente devengan en pequeñas voces sin importancia de las que se hacen bromas o de las cuales el sujeto diga que no presta atención

Síndrome de automatismo mental

Es un síndrome predominantemente alucinatorio.

Síndrome de automatismo mental: está centrado sobre la producción espontánea, involuntaria y, en cierta manera mecánica de impresiones, ideas, recuerdos que se imponen a la conciencia del sujeto a pesar suyo. Se caracteriza por ser anideico: fenómenos alucinatorios puros sin contenidos delirantes.

El síndrome incluye al **Gran Automatismo Mental,** que está compuesto por:

- **Alucinaciones ideoverbales:** se trata de la presencia de alucinaciones acústicas objetivadas en el espacio; alucinaciones psíquicas o transmisiones del pensamiento. Usualmente las voces tienen contenido amenazador, a veces neutrales, raramente benévolas.

Incluyen:
- Enunciación, comentario de actos y del pensamiento
- El robo y la adivinación del pensamiento
- Ilusiones y extrañeza del pensamiento, de ideación impuesta, de telepatía
- etc

- **Alucinaciones sensoriales y sensitivas:** incluye alucinaciones parasitarias psicosensoriales, visuales, cinestésicas, que irrumpen como fenómenos sensoriales “puros”
- **Alucinaciones psicomotrices:** incluye manifestaciones cenestésicas, ya sea en el aparato fonador, ya sea en los miembros; sensación de imposición de actos y/o posturas, etc

El pequeño automatismo verbal: incluye el eco del pensamiento, el robo y la adivinación del pensamiento y el comentario e imposición de actos

Síndrome de discordancia

La enfermedad presenta una disgregación de la vida psíquica que va a dar lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos; es el “modo” esquizofrenia de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado **síndrome de disociación;** por otra parte el vacío así

creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también ésta de un estilo particular: es el delirio autistico o **autismo.** Estos dos polos de la descripción de la enfermedad son estrictamente complementarios y estan unidos por caracteres comunes que constituyen al síndrome de discordancia.

El síndrome de discordancia constituye los caracteres comunes a todas las esquizofrenias, es decir, es el fondo característico de la esquizofrenia. Esto implica que un paciente esquizofrénico tienda a presentar los 4 elementos clínicos que constituyen al síndrome de discordancia, estos pueden ser agrupados en la palabra “IDEA”, y son:
I - Impenetrabilidad: el sujeto es impenetrable en su lógica, en su mundo interno. Hay un hermetismo en sus intenciones, en su conducta y sus proyectos.
D - Desapego: refiere a un retraimiento hacia el interior, invasión de lo subjetivo (es por lo cual los sujetos en general son pasivos)
E - Extravagancia: cambios de conductas bizarros, fueras de la pauta (diferente a la transgresión que está última tiene un objetivo en sí), conducta difusa. Resulta de la distorsión de la vida psíquica
A - Ambivalencia: consiste en el antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, expresiones, actos contradictorios (amor-odio,deseo-temor,afirmacion-negacion). Los dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente y sin contradicción.

Trastornos de la conciencia

Las alteraciones de la conciencia y las perturbaciones del estado de conciencia no solo se dan por causas muy distintas, como una conmoción cerebral, efectos tóxicos o reacciones psíquicas anormales, sino que también se dan en sujetos sanos, en el dormir y soñar, o en estados hipnóticos.

Los pacientes con trastornos de conciencia, en general tienen dificultades para reconstruir y contarnos lo que les sucedió.

Alteraciones de la conciencia y las patologías agudas o crónicas

La organización patológica de **ser consciente** implica patologías crónicas como la psicosis, la neurosis o las agenesias de la personalidad. Se entiende por **crónico** una organización estable, durable, en algunos casos progresiva, que modifican profundamente la existencia, es decir el sistema relacional del sujeto con el mundo y consigo mismo.

Por otra parte las alteraciones del **campo de la conciencia** se refiere a las desestructuraciones de dicho campo, que se observan en los estados de agudeza, por lo que estas desorganizaciones se pueden observar tanto en reagudizaciones de las patologías crónicas como en patologías agudas. Se entiende por **agudo** aquel estado transitorio o crisis, que contrasta con el comportamiento habitual del paciente, que se caracteriza por su variabilidad en las distintas áreas semiológicas y remisión espontánea.

Trastornos de conciencia confusional (estados confuso-oníricos)

Se pueden distinguir la confusión que se presenta a nivel de la conciencia del delirio onírico que se presenta a nivel del pensamiento.

La confusión: se caracteriza por la disolución más o menos completa de la conciencia, trastocando profundamente la percepción de la realidad. En los estados de confusión es imposible organizar las perspectivas temporo-espaciales, observándose una importante desorganización temporo-espacial. Los acontecimientos se dan sin espacio ni tiempo, todo

lo que el sujeto manifiesta es de una violencia separada de la realidad. El paciente se presenta como sonámbulo, embolado, extraviado, su desorientación auto y alopsíquica no le permite contestar como se llama, su edad, dónde vive, no reconoce a sus familiares, etc.

Este tipo de trastorno de conciencia es el que pueden tener las personas mayores cuando se pierden dentro de la casa.

La experiencia confusional presenta carácter amnésico, una vez reincorporado al presente, el sujeto ha perdido todo recuerdo de las escenas oníricas vividas, lo vivido no es retenido y no podrá ser recordado.

Delirio onírico u onirismo: generalmente se encuentra asociado a la confusión mental. Las imágenes que se le presentan al sujeto son caóticas y vividas como una película incoherente, con una importante intensidad afectiva, con emociones de ansiedad, terror, cada vivencia se impone con un realismo indiscutido, por falta total de juicio. Lo llevan a tener expresiones psicomotoras (agitación). Delirios místicos, eróticos, de terror. Posibles alucinaciones cenestésicas, visuales, auditivas. El sujeto frecuentemente relata, a medida que va viviendo, y es casi siempre posible entrar en su propia experiencia por medio de la comunicación del examen clínico.

Las hipótesis diagnósticas frente a un cuadro que presenta un trastorno confusional, deben apuntar en primer lugar a una patología orgánica, como un cuadro degenerativo por demencia o un tumor cerebral, o por intoxicación alcohólica. También se deben tener en cuenta otros factores endógenos como problemas en el metabolismo.

Trastornos de conciencia oniroide (estados oniroides)

Se define por la incapacidad del sujeto de mantener separado su mundo interno, sus vivencias internas del mundo compartido, de la realidad. Las barreras que permiten distinguir entre el adentro y el afuera se vuelven más permeables, quedando la realidad invadida por las vivencias del sujeto. El sujeto se entrega a ciertas fantasías, e injerta en la realidad de su medio una verdadera “ficción vivida”, siempre incomprensible al espectador, por tanto el acontecer de la experiencia delirante se desarrolla en un espacio intermedio entre el mundo interno y el externo.

Está experiencia vivida es pasible de ser retenida por la memoria del sujeto, porque, a diferencia del confuso, estas experiencias no estan separadas radicalmente de la existencia.

El paciente varía entre estados de lucidez y perplejidad, oscila entre la captación de la vivencia delirante y una aparente lucidez. De este modo, los pacientes pueden encontrarse correctamente ubicados temporo-espacialmente hasta llegar a momentos de confusión.

La atención varía entre estímulos externos e internos vividos como externos. Presencia de alucinaciones. Tiene formas angustiosas, expansivas e imaginativas y formas con síndromes de despersonalización o de interpretación.

Constituyen episodios delirantes agudos o reagudizaciones de delirios crónicos.

En situación de entrevista, si encontramos que el paciente presenta una semiología agrupable en un trastorno de conciencia de tipo oniroide, nos plantearemos la hipótesis de una **psicosis delirante aguda,** o un cuadro delirante crónico como por ejemplo una esquizofrenia paranoide, parafrenia, entre otros.

Trastorno de conciencia ético-temporal

Es el grado de menor desestructuración del campo de la conciencia. Se caracteriza por la desorganización de la conciencia por su componente afectivo, encontrándose trastocada en su temporalidad, no en el sentido cronológico del tiempo, sino en su posibilidad de ubicarse en lo vivido.

Está dado por una dificultad de ubicarse en la situación de aquí y ahora, de vivirse como un continuo en relación con su historia pasada y su capacidad de proyectarse hacía el futuro. El sujeto queda atrapado en una situación del pasado, con un afecto depresivo **(melancolía)**, o en una proyección del futuro, con una exaltación del humor **(manía).** Por ejemplo, un paciente que está atravesando una crisis de manía, cuando se le pregunta por su infancia responde: “la semana que viene hacemos un asadito en casa y ahí les muestro todas las fotos que quieran”.

El componente ético refiere a la dialéctica entre el deseo y el deber, existiendo, segundo la patología, una predominancia casi absoluta de un aspecto sobre el otro:

- **El paciente maníaco** se libra a todas las actividades que le resultan placenteras, para él no existen obstáculos, borrando todas las distancias con el futuro que aparece como actual. Deseo desenfrenado.
- **La melancolía** sumerge al sujeto en el pasado, el remordimiento y la culpa por lo que debería haber hecho, o lo que hizo mal. Detiene el tiempo en su pasado. Este pasado está aquí como una obsesión, en la que se coagula toda posibilidad de transformación y de cambio.

Psicosis

Trastornos en el contenido del pensamiento en psicosis crónicas

Pensamiento normal: se refiere al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a un objetivo o idea directriz, iniciado por un problema o tarea, lo cual conlleva a arribar a una conclusión orientada hacía la realidad. El pensamiento es normal cuando las asociaciones y la utilización de símbolos se efectúan de una manera lógica.

La función del pensamiento es tramitar y resolver estímulos, a través de una lógica asociativa, con una cadencia y una secuencia no interrumpida. Es finalista y con contenidos adecuados a la realidad.

Alteraciones del contenido del pensamiento

En este nivel se encuentran las ideas, las cuales alteran o afectan en alguna medida el pensamiento, pero no todas poseen un carácter patológico.

A través del conocimiento que vamos adquiriendo del mundo y de nosotros mismos, vamos construyendo ideas y a su vez nos expresamos a través de ellas. Es decir, el origen de estas ideas se produce a través de la vivencia de la realidad, lo cual a su vez nos van a permitir ir constituyendo el juicio de la realidad.

Este juicio de realidad es el que nos permite ir construyendo nuestras ideas normales, nuestro capital ideativo. Si se produce un trastorno en el proceso de ideación, surgen entonces las llamadas ideas patológicas.

El capital ideativo normal se produce cuando la vivencia de la realidad es correcta y por lo tanto se producirá un juicio normal de realidad.

Si el juicio de realidad es erróneo, entonces las ideas que se construyan a partir de dicho momento, serán desviadas.

Existen ideas normales (concretas, abstractas, mágicas, creencias, intuitivas, sobrevaloradas), ideas patológicas e ideas delirantes.

Dentro de los trastornos a nivel del contenido del pensamiento o los trastornos en la ideación (o también llamadas ideas patológicas) se observan:

- **Ideas hipocondriacas:** tendencia a una excesiva preocupación por la propia salud, sin basamento orgánico real; sino que efectúan interpretaciones no realistas o anormales, de los signos físicos o de las sensaciones
- **Tendencia o preocupación del pensamiento:** concentración del pensamiento en torno a una idea concreta, en general vinculada a un componente afectivo, dentro de está podrían ubicarse las preocupaciones suicidas y homicidas o la tendencia paranoide
- **Ideas de muerte:** tendencia del pensamiento sobre una idea concreta y recurrente que gira en torno a la búsqueda de la muerte. En general son congruentes con el estado afectivo del paciente
- **Ideas obsesivas:** ideas que poseen la cualidad de ser intrusivas, inapropiadas y que poseen un carácter egodistónico; es decir le generan ansiedad y un malestar significativo al sujeto. El contenido de la obsesión escapa al control y no “encaja” dentro de los pensamientos que el sujeto podría tener. Igualmente las reconoce como propias y como producto de su mente. Los temas más recurrentes que se encuentran son: sobre contaminación, impulsos de carácter agresivo o sexual, necesidad de disponer un orden en las cosas, dudas repetitivas, etc. El sujeto emprende una lucha contra estas ideas, las cuales intenta ignorar, suprimir o neutralizarlos mediante otras ideas o actividades.
- **Ideas fijas:** son ideas parásitas que nacen a partir de un shock emocional y que se atenúan con el tiempo. Es una idea que persiste en la conciencia sin perturbar el pensamiento ya que no participa de sus elaboraciones y por lo tanto no condiciona la conducta. Surge como una representación persistente, debiendo está persistencia a la intensa carga afectiva que la acompaña. Es una idea parásita que se enquista en la conciencia sin perder la crítica de la misma. Tienden a invadir todo el intelecto.
- **Ideas erróneas:** no poseen las características de incorregibles e irreversibles de las ideas delirantes y pueden surgir por falta de inteligencia, falta de información y variaciones en el estado anímico. La mayoría de las veces será posible cambiarla bajo una correcta preparación pedagógica o tras un razonamiento adecuado.
- **Ideas fobias:** implican un marcado temor, persistente y excesivo o irracional, que surge en presencia de objetos o frente a situaciones específicas; o bien anticipando la aparición de los mismos. A su vez también la anticipación puede transformarse en el objeto de temor. El contacto con el objeto temido genera una respuesta de ansiedad. Son temores hacía un objeto reconocido como absurdo, independientemente de las características del objeto.
- **Ideación paranoide:** sospecha injustificada, sin base suficiente, de que los demás se van a aprovechar de ellos, que lo van a engañar o a hacerle algún tipo de daño. Estas ideas no conforman un delirio. Está ideación se encuentra en concordancia con las características de la personalidad del sujeto, donde predomina la suspicacia y la desconfianza

Ideas delirantes

Implican siempre una desviación del juicio de realidad. El sujeto no rectifica está idea a pesar de poseer una buena capacidad de comprensión, y no-insuficiencia en el juicio por bajo nivel intelectual. Es una idea que el sujeto reconoce y frente a la cual no aparece lucha. La idea delirante es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, o por alteraciones perceptivas; está idea condiciona la conducta del enfermo que, convencido de su realidad lucha por defenderla e imponerla. La idea delirante en general es individual, no es compartida por personas del mismo nivel sociocultural, edad y época.

Semiológicamente definimos la idea delirante como: 1)incompartible, 2)ilógica, 3)irreductible, 4)que genera conductas, debiendo estar presentes las cuatro características.

Delirio

Etimológicamente significa “desviarse”. Se entiende como un estado más o menos temporario de perturbación mental caracterizado por: confusión, desorientación, intranquilidad motora, trastorno de lenguaje y a menudo, alucinaciones.

El delirio no es una forma de ignorar la realidad, sino otra manera de percibirla y vivirla. Constituye:

- Un error patológico persistente
- Producto de un juicio desviado
- Irreductible a los argumentos lógicos
- Condiciona la conducta total o parcialmente
- El sujeto posee un papel central dentro de la temática delirante

El delirio es entonces el resultado de una profunda alteración de personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad (pérdida de la capacidad de discernir entre lo real y la fantasía), se torna influenciable e inincorregible, desplegándose hasta construir un sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida y de la existencia de la persona.

Cuando el **delirio es permanente** (crónico), tiende a desarrollarse y a organizar la totalidad de la existencia. Son narrados dado que no tienen el calor afectivo de algo que se está viviendo en ese momento.

Semiológicamente estudiamos al delirio a través de sus cuatro elementos:

- Tema
- Mecanismo psicológico
- Estructura
- Sistematización

Temáticas delirantes: es el argumento de la actividad delirante que el paciente cree como fiel expresión de la realidad. La verdad a la que se aferra con intensa convicción subjetiva. A través del tema es que captamos la compleja estructura del pensar, actuar y sufrir del paciente.

- **Delirio extravagante:** consiste en una creencia falsa, absurda, la cual es imposible
- **Delirio paranoide:** se debe distinguir de la ideación paranoide, dado que en está última la sospecha es de menor proporción. Pueden haber delirios de persecución, donde el sujeto se siente amenazado desde afuera, amenazado de muerte. Delirio de daño y perjuicio, donde también se siente amenazado desde afuera, pero piensa que lo quieren dañar, entre otros.

Mecanismos psicológicos: se llaman mecanismos generadores o responsables del delirio a las alteraciones psicológicas que, interfiriendo con la aprehensión de la realidad, constituyen las modalidades de la objetivación delirante (es la forma como el paciente va percibiendo y construyendo su delirio)

- **Interpretativo:** implica una inferencia errónea a partir de un hecho real. Se define como un falso juicio elaborado a partir de una percepción exacta.
- **Alucinatorio:** se basa principalmente en el trastorno de la percepción, es decir que se sustenta en las alucinaciones
- **Imaginativo o fabulatorio:** el sujeto genera una invención de falsos acontecimientos. Crea distintos tipos de ficciones o fábulas. En general crean una concepción fantástica del mundo, parecido a un soñar despierto, que para el sujeto tiene una constatación irrefutable.
- **Intuitivo:** se caracteriza por la aparición de una idea en forma súbita, desprovista de una percepción; que se le impone al sujeto sin una estimulación sensorial. Tiene toda la apariencia de verdad, el sujeto está convencido que es una verdad incontrovertible. Una realidad incontestable, como una vivencia intransmisible de la cual no puede dar una explicación.

Sistematización: se habla de delirios bien sistematizados cuando estos tienen una coherencia interna en la que el sujeto puede dar cuenta del por qué y el para qué de la creación delirante. Esto hace que al observador le resulten como ideas probables y en general se percibe lo delirante por el componente afectivo muy intenso y por las conductas que generan este tipo de ideas.

- Los cuadros agudos o experiencias delirantes no presentan sistematización alguna
- El delirio paranoide de la esquizofrenia tiene una pobre sistematización
- El delirio parafrénico posee una sistematización intermedia
- El delirio paranoico, es el delirio más sistematizado por excelencia

Elementos clínicos que indican cronicidad en psicosis

- Sintomatología menos intensa y más duradera en el tiempo
- Síntomas como alteraciones del pensamiento, de la percepción y la emoción
- Problemas de comunicacion e interaccion social
- Progresiva disfunción o discapacidad en las áreas importantes de la vida del sujeto
- Permanencia de ideas delirantes
- Incorporación del delirio a la personalidad del sujeto
- Sistematización, sea baja, intermedia o alta, del delirio
- Síndrome de automatismo mental en psicosis alucinatorias crónicas
- Delirios discursivos, muchas veces con cierta lógica, hasta plausibles, en las psicosis sistematizadas
- Delirios extravagantes, imaginativos, imposibles, en las parafrenias

Los elementos clínicos que indican cronicidad en las psicosis son la sintomatología menos intensa pero más duradera en el tiempo, síntomas como alteraciones del pensamiento, de la percepción, la emoción, así como problemas de comunicación e interacción social, una estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo con, a veces, ocasionales agudizaciones. A su vez, progresivamente pueden llegar a producir discapacidades en la vida cotidiana del sujeto. La permanencia de las ideas delirantes es un elemento clínico fundamental, así como las formas en que estas se manifiestan y el delirio toma cuerpo, como ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc. La incorporación del delirio a la personalidad del delirante es otro elemento clínico muy importante, y los sujetos se conducen, se comportan, muchas veces, en función del delirio. Como existen diversas formas de psicosis delirantes, las temáticas y la sistematización de los delirios varía, pero la sistematización se da siempre, aunque en baja intensidad a veces, como en la psicosis paranoide de la esquizofrenia. En cambio, en las psicosis agudas no hay sistematización.

Pueden diferenciarse, a su vez, las diferentes formas de psicosis crónicas. Algunas presentan evolución deficitaria, como las formas paranoides de la esquizofrenia, y otras no presentan evolución deficitaria, como las psicosis delirantes sistematizadas o paranoias, las psicosis alucinatorias crónicas, y las psicosis fantásticas o parafrenias. En cada una de estas hay, también, un diagnóstico diferencial, que presentan en menor o mayor medida una variación de elementos clínicos que las constituye. En las paranoias, por ejemplo, los delirios estan prendidos al carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante, y se desarrollan con orden coherencia y claridad, es decir, estan caracterizados por una construccion, en cierta medida, lógica, a partir de falsos elementos, errores o ilusiones. Constituyen delirios plausibles y a veces contagiosos. Las psicosis alucinatorias crónicas se constituyen en función del síndrome de automatismo mental, el cual es el núcleo de la ideación delirante, este síndrome tiene ciertas características particulares que si se las tiene en cuenta pueden lograr un diagnóstico diferencial de otras psicosis crónicas. Y las psicosis fantásticas y las parafrenicas se caracterizan por constituir delirios extravagantes, imaginativos, imposibles en la realidad.

Áreas semiológicas de las psicosis crónicas

- Afectividad
- Percepción
- Pensamiento
- Lenguaje
- Conducta
- Conciencia
- Atención
- Personalidad
- Memoria

Elementos clínicos que indican agudeza en psicosis

- comienzo brusco
- caracteres polimorfos e intensamente vivenciados de la experiencia delirante
- la variación del cuadro clínico de un día a otro
- el carácter de actualidad inmediata perceptiva e intuitiva de la experiencia delirante
- las oscilaciones de la creencia y de la perplejidad crítica con respecto al delirio
- la atmósfera del estado crepuscular de la conciencia (fascinación y distracción a causa del acontecimiento delirante incoercible, distanciamiento del medio ambiente, vaguedad del pensamiento)
- el fondo tímico de exaltación o de angustia de la vivencia delirante

Para Ey, los elementos clínicos que indican agudeza en las psicosis son la súbita aparición de los síntomas, la intensidad de la sintomatología, y la rápida evolución de los síntomas. Se Para el autor las psicosis agudas se caracterizan por la subita aparicion de un delirio .transitorio, generalmente polimorfo en sus temas, es decir que estos son múltiples y variables, pudiendo presentar temáticas de persecución, posesión, envenenamiento, etc., que constituyen verdaderas experiencias delirantes, vivenciados como una experiencia que se impone al sujeto en donde puede llegar a tener intuiciones, ilusiones, alucinaciones, etc. Si bien las alucinaciones pueden ser diversas, son frecuentemente auditivas y más generalmente psíquicas, como eco del pensamiento o actos impuestos. Estas estan asociadas a interpretaciones delirantes, elementos imaginativos incoercibles que se vivencian de forma apocalíptica, realmente muy intensa. Acompañado además, muchas veces, por violentas oscilaciones del humor relacionadas a las variaciones temáticas del delirio. El delirio es vivenciado como una experiencia irrefutable que se imponen al sujeto como si se tratara de la realidad misma, produciendo en este una adhesión absoluta; sin embargo, la alteración de la conciencia no es grave, la lucidez del sujeto se mantiene

intacta y este puede comunicarse con los demás, bastante bien adaptado al ambiente y con palabras claras, por lo que la realidad parece como dividida entre el polo predominante del delirio y el de la realidad, esto produce oscilaciones entre la creencia absoluta y el carácter de perplejidad crítica frente al delirio en el sujeto. Este estado delirante se reconoce por la distracción, el aire ausente y el ensimismamiento del sujeto el cual manifiesta a través de su comportamiento en función de la temática delirante. En cuanto a las alteraciones del humor, son muy intensos, variables, oscilando entre violentos estados afectivos de manía y melancolía. Por último, pueden presentar trastornos digestivos constantes, como rechazo a los alimentos, constipación o disminución de la eliminación urinaria. En las mujeres se suspende con frecuencia la menstruación. El fin del brote es, al igual que el comienzo, brusco, y en general no tiene consecuencias ni deja secuelas o complicaciones mentales.

Áreas semiológicas de las psicosis agudas

- **Percepción:** alucinaciones, ilusiones
- **Afectividad:** oscilaciones del humor, vivencias intensas de manía y melancolía
- **Pensamiento:** ideas delirantes
- **Conciencia:** oscilaciones entre estados de lucidez y perplejidad crítica frente al delirio y estados de absoluta convicción de la temática delirante, vivenciada como la realidad misma

Trastornos psicóticos en el DSM-4

Esquizofrenia

Síntomas positivos: dos o más de estos síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatonico. Si o si deben haber delirios o alucinaciones o discurso desorganizado.
Síntomas negativos
Tiempo: mínimo 6 meses de signos, dentro de ese tiempo 1 mes mínimo de síntomas positivos y negativos
Disfunción o disminución progresiva del nivel funcional en ámbitos: laboral, académico, social, cuidado personal
Se han descartado otros trastornos mentales o atribuciones de este trastorno a sustancias o medicamentos

Los síntomas característicos comprenden un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Los síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo son comunes, aunque deben estar presentes durante una parte minoritaria de la duración total de los periodos activos de la enfermedad.

Pueden mostrar afectos inapropiados como reírse en ausencia de estímulos apropiados, depresión, ansiedad o enfado, alteraciones de sueño o falta de interés por comer o rechazo a la comida.

La despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas estan presentes y pueden alcanzar niveles delirantes. Ansiedad y fobia son comunes.

Aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y la capacidad inhibitoria, y reducciones de la atención. Pueden presentar anosognosia. La falta de conciencia de la enfermedad es un síntoma típico.

Aparece entre la adolescencia y mitad de la treintena. La mayoría de los individuos presenta un desarrollo lento y gradual.

Subtipos
Paranoide: se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas en el contexto de una conversación relativa a las capacidades del sujeto. Inicio tardío y sus características distintivas son más estables en el tiempo. Predomina el delirio y el sujeto muchas veces mantiene el contacto vital.
Desorganizado o hebefrénica: se caracteriza por tener lenguaje y comportamiento desorganizado, y afectividad aplanada o inapropiada. Hay muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Hay preponderantemente una desorganización del pensamiento, la atención y el razonamiento. El deterioro es rápido.
Catatónica: caracterizada por una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia (repetir palabras de otra persona) o ecopraxia (repetir movimientos de otra persona). Hay una ambivalencia marcada en el cuerpo, en está predomina lo somático.
Indiferenciada: presenta los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia pero no presenta las características de los 3 anteriores subtipos.
Residual (simple en el Ey): se utiliza cuando hubo un episodio esquizofrénico en el pasado pero en el cuadro clínico actual no hay síntomas psicóticos positivos. Hay síntomas negativos continuos y uno o dos síntomas positivos atenuados. Hay pérdida de contacto vital.

Trastorno delirante (paranoia en el Ey)

Síntomas positivos: delirios, a veces alucinaciones pero no son importantes
Tiempo: al menos 1 mes de delirios
Edad en la que usualmente se manifiesta: ~30 años o más
Disfunción o disminución progresiva del nivel funcional en ámbitos: no es grave y usualmente está circunscripto a algún área específica, en otras áreas actua con normalidad y está bien adaptado
Comportamiento: no es extravagante
Síntomas del humor: si se producen episodios maníacos o depresivos son breves
Se han descartado otros trastornos mentales o atribuciones de este trastorno a sustancias o medicamentos
Subtipos: erotomaníaco, de grandeza, celotípico, persecutorio, somático

Trastorno psicótico breve (psicosis delirante aguda en el Ey)

Síntomas positivos: presencia de uno o más de estos síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatonico. Si o si debe de haber delirios o alucinaciones o discurso desorganizado.
Tiempo: mínimo un día y menos de un mes, con restitución total
Inicio: brusco de al menos uno de los síntomas (brusco = dentro de un periodo de 2 semanas)
Se han descartado otros trastornos mentales o atribuciones de este trastorno a sustancias o medicamentos
Síntomas del humor: agitación emocional y confusión, cambios rápidos de afectos intensos
Disfunción: puede ser grave en los hábitos alimenticios, higiénicos, ante comportamientos impulsivos, cognitivos.
Consecuencias: no presenta consecuencias (luego del episodio) en el ámbito social o en términos de sintomatología

Trastorno esquizofreniforme

Síntomas positivos: dos o más de estos síntomas con duración de 1 mes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatonico, **síntomas negativos.** Al menos uno debe ser delirio o alucinaciones o discurso desorganizado
Tiempo: entre 1 mes y 6 meses pero no más que eso
Síntomas del humor: no se producen episodios maníacos o depresivos y si se producen no es por un tiempo prolongado
Disfunciones: no es requisito un deterioro del funcionamiento social y laboral para diagnosticarlo, pero la mayoría de los sujetos presentan disfunción en varias áreas como estudios, trabajo, social y autocuidado
Se han descartado otros trastornos mentales o atribuciones de este trastorno a sustancias o medicamentos

Resumen que ayude a entender el trastorno: se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración y por la ausencia del requisito de que exista deterioro funcional

Trastorno esquizoafectivo

Síntomas positivos: dos o más de estos síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatonico. Si o si deben haber delirios o alucinaciones o discurso desorganizado. Estos síntomas se dan ininterrumpidamente durante un periodo donde simultáneamente hay un episodio maníaco o depresivo. Además, debe haber durante un periodo de al menos 2 semanas delirios o alucinaciones, pero sin episodios mayores maníaco o depresivo.
Síntomas negativos: pueden ser menos graves y persistentes que en la esquizofrenia
Síntomas del humor: los síntomas de los episodios mayores del estado de ánimo deben estar durante la mayor parte de la duración de la enfermedad
Se han descartado otros trastornos mentales o atribuciones de este trastorno a sustancias o medicamentos
Disfunciones: en el ámbito social no es requisito para diagnosticarlo. En el ámbito laboral a menudo se ven disfunciones en el funcionamiento.

Pueden presentar anosognosia.

Resumen que ayuda a entender este trastorno: es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo

Catatonia

Síntomas: se define por la presencia de 3 o más síntomas de los 12 síntomas psicomotores

- estupor: ausencia de actividad psicomotora
- catalepsia: inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad
- Mutismo: respuesta verbal ausente o escasa
- negativismo: oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos
- adopción de postura: mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad
- manierismo: caricatura extraña, circunstancial de acciones normales
- ecolalia y ecopraxia
- estereotipia: movimientos repetitivos, frecuentes, no dirigidos a un objetivo
- agitación: no influida por estímulos externos
- muecas

Temas inrifables para el segundo parcial

Trastornos de conciencia

Semiologia de la conciencia: un sujeto tiene una adecuada capacidad de organización de la experiencia inmediata en el aquí y ahora en la medida en que tiene una buena:

- **orientación autopsíquica:** sabe quien es
- **orientación alopsíquica:** reconoce el entorno
- **orientacion temporo espacial:** se ubica correctamente en relación al tiempo y el espacio
- capacidad de discriminar y mantener separadas sus vivencias internas de las representaciones externas y compartidas
- capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, presentes y las de sus proyectos a futuro

Frente a una alteración de alguno o todos estos niveles se plantea que se está frente a un trastorno de conciencia.

Las alteraciones del **campo de la conciencia** se refieren a las desestructuraciones de dicho campo, que se observan en los estados de agudeza, por lo que estas desorganizaciones se pueden observar tanto en reagudizaciones de las patologías crónicas como así también en patologías agudas.

Los trastornos de conciencia son alteraciones del **campo de la conciencia.**

Psicosis delirantes agudas

Psicosis confusional (Ey) es Psicosis por enfermedad médica en el DSM.
Una psicosis confusional siempre implica un trastorno de conciencia confusional, pero no a la inversa. Una persona que se golpea fuertemente la cabeza puede presentar un trastorno de conciencia confusional, pero no presentar una psicosis confusional.

Trastorno de conciencia confusional (estado confuso-onírico) presenta alterada:

- la orientación temporo-espacial
- la orientación autopsíquica
- la orientación alopsíquica
- la capacidad para retener los acontecimientos, luego de salido del estado confuso-onírico, la experiencia confusional presenta carácter amnésico
- Implica casi siempre una causalidad somática (tumores, lesiones cerebrales, infecciones, etc)

La **psicosis delirante aguda (Ey) es el Trastorno psicótico breve en el DSM.**
Para Henri Ey, la PDA incluye un trastorno de conciencia oniroide.

Trastornos de conciencia oniroide (estados oniroides): presenta alterada:

- la capacidad de distinguir las vivencias internas del mundo externo, compartido
- de manera intermitente la orientación temporo-espacial, el sujeto puede encontrarse correctamente ubicado temporo-espacialmente y luego puede llegar a momentos de confusión

En estos el sujeto puede recordar la experiencia vivida durante este trastorno.

Desarrolle los trastornos de conciencia según grado de desestructuración

En términos de desestructuración del campo de conciencia, de mayor desestructuración a menor desestructuración, estos trastornos se agrupan así:

- **Estados confusionales**
- **Estados oniroides**
- **Trastorno de conciencia ético-temporal**

Según grado de desestructuración, los trastornos de conciencia se pueden ordenar desde el mayor grado de desestructuración que tiene el trastorno confusional, donde el sujeto tiene una confusión que se caracteriza por la disolución más o menos completa de la conciencia donde se transforma profundamente la percepción de la realidad. El sujeto pierde las dimensiones espacio-temporales, no logra ubicarse ni a sí mismo, ni al entorno o los acontecimientos en el espacio ni en el tiempo, se presenta sonámbulo, extraviado, desorientado autopsíquica y alopsiquicamente, no puede ni siquiera responder como se llama o donde vive, ni reconoce a sus familiares. Dicha experiencia presenta carácter amnésico y cuando despierta y se reincorpora, no recuerda nada de las escenas vividas durante el estado confusional. Estado que, a su vez, además de la confusión, presenta un delirio onírico, asociado a este estado de confusión, donde la realidad se le presenta caótica y se vive como una pelicula incoherente, con emociones de ansiedad, terror y mucha agitación. El sujeto presenta diversas alucinaciones de distinta índole. Es posible, a través de la comunicación, acceder a está experiencia, y el sujeto puede, a medida que la vive, relatarla. En segundo lugar, el trastorno de conciencia con el grado de desestructuración intermedio es el trastorno oniroide, que se caracteriza por la incapacidad del sujeto de mantener su mundo interno separado del externo. Las barreras entre ambas realidades se borran o se vuelven permeables, y el sujeto se entrega a ciertas fantasías que se viven como externas, que se le presentan como una realidad irrefutable exterior, realidad que siempre es incomprensible al espectador. La experiencia, entonces, se desarrolla en un espacio intermedio entre el mundo interno y el externo. El paciente en este estado varía entre estados de lucidez y perplejidad, entra y sale del delirio y la vivencia delirante, ubicándose a veces perplejos y críticos frente a la experiencia, y otras veces aceptándola como la realidad misma. Por momentos se encuentran, a diferencia del estado confusional, bien ubicados temporo-espacialmente hasta llegar a los momentos de confusión. Debido a está oscilación mantienen algunos recuerdos de la experiencia, ya que está está radicalmente separada de la existencia. Por último, el trastorno de la conciencia con menor grado de desestructuración es el ético-temporal, este tiene dos componentes. Por un lado la dimensión temporal, que refiere a cómo se ubica el sujeto en el tiempo vivido, y presenta dos posibilidades. Por un lado, el sujeto se puede presentar atado al pasado, a un acontecimiento que hizo o que debió hacer en el pasado, y no puede despegarse de el. Lo vivido en el aquí y ahora y en el futuro no importan, es imposible para el sujeto pensar en estos tiempos, lo único que importa es aquella situación pasada que desata sentimientos intensos de culpa y remordimiento. Estos sentimientos estan atados a la dimensión ética del trastorno, que tiene que ver, en este caso, con el polo del deber en la dialéctica deber-deseo. El sujeto no puede separarse de aquello que debió hacer, y debe disculparse ahora por ello, debe sufrir por ello, le es imposible pensar de otra forma. Por otro lado, tenemos al sujeto que se proyecta a futuro maniacamente, exaltado, expansivo, solo se puede situar en un tiempo futuro, desde la dimensión ética en el polo del deseo. El deseo lo es todo, el futuro para el sujeto se le aparece como actual, inmediato. Todo lo que desee irá a hacerlo, nada se le aparece como obstáculo, como imposible. Todo es posible, en cuanto lo desea hacer. No piensa en las consecuencias que pueden tener sus acciones.

Melancolía y manía

En Henri Ey se habla de crisis de manía o melancolía, en el DSM se habla de episodios afectivos. Es lo mismo.

Lo que para Ey es una **psicosis maniacodepresiva,** para el DSM es el **trastorno bipolar.** Hoy en día es más aceptada la categorización del DSM.

Trastornos del humor y trastorno de la conciencia

El trastorno de la conciencia ético-temporal incluye, también, trastornos del humor

Trastorno de conciencia ético-temporal: presenta alterada:

- la capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, presentes y las proyectadas a futuro

- **Melancolía:** componente ético (deber) del trastorno de conciencia, el sujeto se siente culpable, con remordimiento, se disculpa por cosas que sucedieron en el pasado (componente temporal), sufrido, dolorido. No logra separarse de ese pasado que le genera culpa, que debió hacer y no hizo.
- **Mania:** componente ético (deseo) del trastorno de conciencia, el sujeto se siente exaltado, expansivo. Se rige por una lógica del deseo, donde todo se le aparece como posible, todo lo que quiere puede hacerlo y no hay consecuencias y no le importan. Proyectado en el futuro (componente temporal), todo aquello en este tiempo se le aparece como inmediato, actual.

Trastornos del humor

- **Crisis de manía (Ey) - Episodio maníaco (DSM):** hace falta solamente un episodio para ser diagnosticado con **trastorno bipolar 1** según el DSM
- **Crisis melancólica (Ey) - Episodio depresivo mayor (DSM):** Se puede definir a la **crisis de melancolía**, según Ey, como un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.
- **Episodio mixto**
- **Episodio hipomaniaco**

Según el DSM, los trastornos del estado de ánimo (también llamados trastornos del humor), estan divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), y trastornos bipolares. La diferencia está en que en los trastornos bipolares hay una historia previa de haberse efectuado un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. En los trastornos depresivos no hay presencia de estos.

Los trastornos bipolares implican la presencia o historia de esos episodios, y normalmente estan acompañados o hubo en el pasado, también, episodios depresivos mayores.

Episodio depresivo mayor (DSM)

El episodio refiere a un periodo de al menos **2 semanas** en el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto, además, debe experimentar al menos 4 de los siguientes síntomas:

- cambios de apetito o peso
- cambios del sueño
- cambio de la actividad psicomotora
- falta de energía
- sentimientos de infravaloración o culpa
- dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación
- planes o intentos suicidas

Estos síntomas deben de mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 semanas consecutivas. Se acompaña de deterioro social y malestar significativo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, a costa de un esfuerzo muy importante.

Vivencia: el sujeto describe su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como “en un pozo”. Presenta sentimientos de inutilidad o de culpa donde el propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa son referidas a pequeños errores del pasado.
Conductas: la presencia de este estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto, donde hay por lo general un enlentecimiento motor, movimientos lentos, que se realizan con mucho esfuerzo, donde a veces comienzan con normalidad pero decaen rápidamente. Puede darse, también, que haya cambios psicomotores que incluyan la agitación (incapacidad para estar quieto) o el enlentecimiento motor. Casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Aislamiento social o abandono de aficiones. Reducción significativa de interés o deseo sexual. En general reducción del apetito, en otros, aumento del apetito por las cosas dulces. Insomnio, en sus diversas presentaciones; otras veces hay exceso de sueño (hipersomnia).
Lenguaje: bradilalia, enlentecimiento a nivel de la comunicación.
Pensamiento: muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas suicidas.
Memoria y atención: pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria

Los sujetos se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. A veces refieren a problemas en las relaciones sociales, en la actividad social, en el área laboral o académica, o abusos de sustancias.

Se considera que ha terminado el episodio cuando, durante 2 meses, el sujeto no cumple los criterios diagnósticos.

Se pueden subclasificar en:

- **episodios depresivos mayores leves:** 5 o 6 síntomas depresivos y una incapacidad leve
- **episodios depresivos mayores graves sin síntomas psicóticos:** presencia de la mayoría de los síntomas y una incapacidad evidente y observable

- **episodios depresivos mayores con síntomas psicóticos:** presencia de la mayoría de los síntomas y una incapacidad evidente y observable; con alucinaciones o ideas delirantes que pueden tener o no relación con los temas depresivos

Semiologia de la melancolía

- **Humor:** triste
- **Pensamiento:** ideas de culpa, ruina, suicidas. Bradipsiquia. Dificultad para pensar, fatiga psíquica. Presenta un dolor moral, que se expresa por una autopercepción, autoacusación, autopunición y sentimientos de culpabilidad. **El deseo y la búsqueda de la muerte** son constantes en la conciencia melancólica.
- **Conducta**: enlentecimiento motor. La bradipsiquia y el enlentecimiento motor dan como síntesis un enlentecimiento ideomotor. El enlentecimiento motor y la astenia física se asocian con malestares somáticos variados.
- **Conciencia:** trastorno de conciencia ético-temporal. La depresión incluye una especie de inhibición, de drenaje o enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, y que repliega al sujeto sobre sí mismo y lo empuja a rehuir a los demas y las relaciones con los otros. El enfermo tiene una conciencia dolorosa y muy penosa de está inhibición. Está reacción de inhibición solamente es patológica cuando es exagerada y prolongada, ya que es normal si se sucede a, por ejemplo, un acontecimiento penoso como la muerte de un ser querido.
- **Memoria:** dificultad para evocar
- **Vivencia:** los **sentimientos depresivos** ocupan el primer plano del cuadro clínico. El paciente aqueja siempre un estado de tristeza profunda que invade más o menos todo el campo de su conciencia. Por otra parte tiene dificultades en expresar su dolor moral, el cual está constituido por sentimientos intensos y vagos, de aburrimiento, de disgusto, de descorazonamiento, de desespero y de lamentos. La **Inhibición y abulia** son también características, el sujeto se siente incapaz de querer, se abandona a la inercia. La astenia (cansancio) del comienzo alcanza un tal grado que el enfermo no tiene fuerza para moverse, apenas para vestirse. La inhibición psíquica es el síntoma más constante. Tratándose de una reducción global de todas las fuerzas que orientan el campo de la conciencia, constituye una especie de parálisis psíquica; la ideación es lenta, las asociaciones dificultosas, la evocación penosa, la síntesis mental así como el esfuerzo mental sostenido imposibles; la atención está concentrada sobre los temas melancólicos sin que pueda desprenderse de ellos; la percepción del exterior está prácticamente correcta, pero oscurecida. El enfermo tiene la impresión de vivir en una atmósfera fría, lejana e irreal. El lenguaje está también bloqueado por está inhibición, las frases son raras y monosilábicas. Con frecuencia el melancólico permanece en un semimutismo y a veces, incluso, en un mutismo completo. El pesimismo no se manifiesta siempre a través de una idea o de un sentimiento preciso sino que constituye una orientación general de la conciencia hacía la desdicha y la culpa: el futuro no ofrece horizontes, el sujeto no podrá resolver felizmente su existencia a pesar de lo que haga, jamás será perdonado, nada agradable puede esperar, etc. Este sentimiento de esencial menosprecio se dirige al sujeto mismo, que se convierte sobre todo en una autoacusación.

Las **crisis de melancolía,** y sus formas clínicas, constituyen el cuadro más típico de la depresión.

Inicio

- **Estados depresivos reactivos o neuróticos:** los accesos depresivos se desencadenan, por un lado, bajo la influencia de factores exógenos, acontecimientos

únicos a veces que, sobre una base de la personalidad del sujeto que lo predispone, en el cual su tolerancia al “estrés” está descendida, produce el acceso depresivo. El término de depresión reactiva debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso, pero de una intensidad y una duración que no estan proporcionadas al acontecimiento. El tipo de depresión perteneciente a este grupo sobreviene en los individuos frágiles, faltos de confianza en sí mismos, poco expansivos, demasiado escrupulosos, generalmente pasivos y asténicos, que poseen desde su juventud una sensibilidad anormal. El estudio atento a las circunstancias de aparición de una depresión reactiva muestra constantemente que el traumatismo psicológico no es único sino que la causa desencadenante aparente, a la que parece que se puede atribuir el estado depresivo, va unida a condiciones de vida y a un modo de existencia, en el momento en que este acontecimiento sobreviene, que desempeñan generalmente un papel también esencial.

- **Depresiones de agotamiento:** desencadenadas igualmente por factores psicógenos, pero está vez en vez de ser en función de un acontecimiento único, lo son por un estado permanente de “estrés”. El acontecimiento estresante es más bien un conflicto permanente, continuo y prolongado, de orden familiar, profesional, moral; pero en todos los casos las tensiones emocionales causantes estan estrechamente ligadas al medio en el que vive el enfermo. Siempre se encuentra en estos sujetos una personalidad sensible, con frecuencia falta de madurez, escrupulosa, con tendencia a la introversión, al aislamiento, con relaciones sociales difíciles que engendran en ellos temor, incertidumbre, desconfianza y un sentimiento de inseguridad.

En este sentido con bastante frecuencia aparece el acceso después de un shock emocional; o también sobreviene sin causa aparente pero que se pueden encontrar desencadenantes que van revelando cíclicamente la personalidad que predispone al sujeto.

Evolución

La crisis de melancolía tiene una evolución espontánea de varios meses (en general 6 o 7). La crisis acaba por lo general como ha comenzado, es decir con bastante lentitud. El recobrar el sueño y el apetito son signos capitales del retorno al equilibrio.

Formas clínicas:

- **Depresión melancólica simple:** en está forma domina la inhibición, el sujeto acusa una simple tendencia a la inacción, está asténico y fatigado. El dolor moral es escaso, incluso falta a veces. El paciente sufre una penosa impotencia y una improductividad intelectual; se siente enfermo y tiene necesidad de consuelo.
- **Melancolía estuporosa:** en está forma alcanza su máximo la inhibición psicomotora. El enfermo está absolutamente inmovil: no habla, no come, no hace ningún gesto ni ningún movimiento. Su cara se mantiene fijada en una expresión de dolor y desespero.
- **Melancolía ansiosa:** está forma se caracteriza esencialmente por el predominio de la agitación ansiosa, por la intensidad del miedo, el cual es vivenciado como un verdadero pánico. El enfermo inquieto tiene necesidad de cambiar de lugar, se golpea la cabeza y pecho, se retuerce las manos, se lamenta, solloza, gime y suplica. Sus tormentos le impulsan a evadirse, a buscar la muerte (ideas de suicidio constantes y activas).
- **Melancolía delirante:** las ideas delirantes melancólicas tienen los siguientes caracteres:

- se acompañan de una tonalidad afectiva penosa
- son monótonas, el enfermo repite siempre las mismas ideas delirantes

- son pobres, es decir la idea delirante no se desarrolla a través de construcciones intelectuales: son más ricas en emoción que en contenido ideico
- son pasivas, el paciente acepta con inercia o desespero sus desgracias como si se tratara de una abrumadora fatalidad
- son divergentes o centrífugas, es decir se extienden progresivamente a los que le rodean y al ambiente
- se trata de delirios referidos al pasado (remordimientos, recriminaciones) o al futuro (temor, ansiedad), los cuales retroceden o avanzan demasiado en relación a los acontecimientos presentes

Todas estas “ideas delirantes” son experiencias delirantes de la angustia melancólica. Las ilusiones son frecuentes, pero, por el contrario, las alucinaciones “verdaderas” son raras. Aunque sí pueden observarse frecuentemente pseudoalucinaciones psíquicas y motoras. Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en varios grupos:

1. ideas de culpabilidad
2. ideas de frustración
3. ideas hipocondriacas
4. ideas de influencia, de dominacion y de posesion
5. ideas de negación

Formas clínicas evolutivas:

- **Melancolía crónica simple (Ey) - Trastorno depresivo mayor (DSM):** sucede o bien a un acceso agudo que se eterniza o bien a varios accesos, que se van aproximando hasta no quedar separados sino por remisiones incompletas y precarias. Sucede entonces que los síntomas quedan fijados, el dolor moral se atenúa, la actividad se hace estereotipada y, con frecuencia, aparece un ligero debilitamiento intelectual.
- **Delirios crónicos melancólicos:** la organización de un delirio crónico secundario a la melancolía es una noción clásica. Encontraremos estas formas de depresión en los estados depresivos sintomáticos de un proceso psicótico.

Depresiones crónicas: se trata de estados duraderos, no evolutivos y rebeldes que son verdaderas formas de existencia depresiva. La personalidad de estos sujetos presentan una tonalidad afectiva duramente sombría de todas las experiencias vitales, un pesimismo fundamental ante la vida que se expresa en particular por meditaciones tristes y aprensiones hipocondríacas.

Trastorno depresivo mayor (DSM)

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Edad: tendencia a aparecer entre los 25 a 44 años

Suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona.

Nota mía: con un solo episodio depresivo mayor ya se puede diagnosticar al paciente con un trastorno depresivo mayor.

Trastorno distímico (trastorno depresivo persistente)

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Además, durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros 2 síntomas de los siguientes:

- pérdida o aumento de apetito
- insomnio o hipersomnia
- fatiga o falta de energía
- baja autoestima
- dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- sentimientos de desesperanza

A lo largo de los 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a los 2 meses (periodo que se considera suficiente para dar por terminado un episodio depresivo mayor). Solo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos.

Nota mía: entiendo que si una persona cumple con los criterios de episodio depresivo mayor ya no se le puede diagnosticar un trastorno distímico, sin embargo, luego de diagnosticado el trastorno distímico, pueden haber episodios depresivos mayores

Edad:

- Inicio temprano: antes de los 21
- Inicio tardío: después de los 21

Los síntomas más frecuentes son sentimientos de incompetencia, la pérdida generalizada de interés o de placer, el aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, el descenso de la actividad, la eficiencia o productividad.

Los síntomas vegetativos (sueño, apetito, cambios de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en sujetos con un episodio depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial entre trastorno depresivo mayor y trastorno distímico
El trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

Forma de presentación de un depresivo melancólico

La presentación de un depresivo melancólico es característica, sus rasgos estan caídos y tristes, se ve abatido, sin hablar, solamente gime o llora. No se mueve, está inmovil, debido a la astenia y abulia inherentes al trastorno, le es difícil hasta vestirse o pararse de la silla. Se presenta enlentecido, no solamente en términos motores, y donde cada movimiento, gesto, el movimiento de sus ojos, de su boca, está enlentecido, sino también en términos psíquicos. La inhibición psíquica es el síntoma más constante, y se trata de una reducción global de todas las fuerzas que orientan el campo de la conciencia: la ideación es lenta, las asociaciones se tornan dificultosas, se le dificulta evocar recuerdos, pensar, prestar atención. En cuanto a esto último, en general la atención está concentrada en los temas melancólicos y el paciente no logra apartarse de ellos. Además, como el pensamiento está enlentecido, y la actividad motora también, el lenguaje consecuentemente también está

enlentecido, se comunica con mucho esfuerzo, con frases muy cortas o con palabras monosilábicas, incluso a veces llega al extremo de no hablar, y presenta un mutismo completo. En cuanto a sus quejas, cuando puede comunicarlas, se refiere a sus sentimientos como estar en un estado de tristeza profunda que lo invade todo; se queja de aburrimiento y de disgusto, de desolación, se lamenta y se siente desesperado; y cuando intenta expresar su dolor moral lo encuentra dificultoso. La autopercepción está completamente trastornada, deprimida, se siente inseguro, impotente, incapaz, siente que no puede hacer nada, no solamente como actividad, con su cuerpo, sino también con su dolor. Manifiesta una especie de embotamiento de sus sentimientos, como una incapacidad de poder sentir nada que no sea tristeza. Su interpretación del mundo, o la forma en que percibe todo, tiene un tinte pesimista, desdichoso; se siente culpable. El futuro, para el melancólico, no ofrece posibilidad alguna, la felicidad nunca podrá ser conseguida, nunca será perdonado ni nada agradable le va a suceder nunca. El deseo o la busqueda de la muerte o de la no existencia son constantes, y se pueden manifestar tanto en el rechazo explicito de alimentos así como en la falta de apetito; muchas veces el suicidio se vuelve obsesivo, imaginado y buscado; este es considerado como algo deseado, como una solucion.

En sus distintas presentaciones, pueden variar los síntomas, por ejemplo, en la depresión melancólica simple lo que predomina es la inhibición, el cansancio y la fatiga. El dolor moral es más bien escaso o nulo, y el sujeto sufre su impotencia y su incapacidad o improductividad intelectual. En la melancolía estuporosa lo que predomina es más bien la inhibición psicomotora, y se presenta inmovil, sin hablar, sin comer, sin hacer gestos o movimientos. Su cara absorta solo refleja dolor, desespero y desesperanza. También, puede presentarse un tipo de melancolía ansiosa, que se caracteriza por un sujeto agitado, que vivencia un intenso miedo, casi de pánico. No puede quedarse quieto, se golpea, se retuerce, se lamenta, llora, gime y suplica, y tiene ideas de suicidio consantes y activas. Por último, una forma clínica de melancolía delirante, que se acompaña de síntomas psicóticos como delirios referidos al pasado como remordimientos, recriminaciones y sentimiento intenso de culpa, o hacía el futuro, que se manifiesta en un temor intenso o ansiedad. Estos delirios tienen menos que ver con produccione intelectuales, menos contenido ideico, y que con producciones afectivas, son ricas en emociones, y el contenido de los temas delirantes son reducidos, hasta monótonos, y el enfermo repite siempre los mismos temas, que siempre se acompañan con una tonalidad afectiva penosa. Estos últimos pueden también presentar pseudoalucinaciones o ilusiones. Los temas pueden versar sobre ideas de culpabilidad, frustración, hipocondría, dominacion o negación.

Episodio maniaco (DSM)

Se define por un periodo concreto de al menos 1 semana, durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Además, dicha alteración del estado de ánimo debe ir acompañada de al menos 3 síntomas de los siguientes:

- aumento de la autoestima o grandiosidad
- **Semiología de la conducta:** disminución de la necesidad de dormir: el sujeto puede llegar a llevar días sin dormir. Es frecuente el aumento de la actividad intencionada, la participación en múltiples actividades sin tener en cuenta los riesgos o la necesidad de acabar bien cada una de ellas. Aumento de la sociabilidad, sin tener en cuenta la naturaleza entrometida, dominante y demandante de las interacciones y comportamientos del sujeto. Frecuentemente hay agitación e inquietud psicomotoras, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo. También se presenta comportamiento impulsivo, empobrecimiento del juicio y negación de problemas. El rasgo dominante de la actividad maníaca es el juego:

representa escenas, improvisa escenarios, imita a personajes conocidos. Presiona a las personas que le rodean para que entren en escena, todos los objetos de su alrededor se convierten en accesorios, incluso las personas.

- **semiología del lenguaje:** lenguaje verborreico, típicamente fuerte, rápido y difícil de interrumpir. Hablan sin parar, a veces durante horas y sin importarle los deseos de comunicarse con los demás, a veces el discurso está caracterizado por chistes, juegos de palabras e impertinencias, con manierismos dramáticos, cantos, comportamiento teatral. Logorrea o graforrea
- **semiología del pensamiento:** la fuga de ideas es el síntoma principal. Pensamientos muy rápidos, incluso más rápidos de lo que pueden ser verbalizados. La fuga de ideas se manifiesta por un flujo casi continuo del lenguaje acelerado, con cambios bruscos de un tema a otro, llegando al punto, cuando es grave, de volverse un lenguaje desorganizado e incoherente. Según Ey, da la impresión de una aceleración de todos los procesos psíquicos (asociaciones de ideas, sucesión de representaciones, memoria, etc.). Está taquipsiquia se manifiesta a través de algunos trastornos característicos: aceleración de las representaciones mentales, asociación de ideas rápida y superficial; la imaginación está también exaltada y por ello puede tener producciones imaginativas pseudodelirantes
- **semiologia de la percepción:** las percepciones por lo general no estan trastornadas y el maníaco percibe el mundo exterior de manera normal, aunque puede llegar a tener ilusiones y pseudoalucinaciones
- **Semiología de la atención:** distraibilidad; incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes. Puede haber una reducción de la capacidad para diferenciar los pensamientos pertinentes a un tema de los que tienen poco que ver con el.
- aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. La atención voluntaria es prácticamente imposible
- **Semiología del humor:** el estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión; los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los maníacos aparezcan simultáneamente. El episodio **se considera mixto** si los criterios de un episodio depresivo mayor y un episodio maníaco se cumplen cada día durante 1 semana.
- **semiología de la afectividad:** caracterizada por la expansividad y la hipertimia. Infatigable, dichoso de vivir. Con una tonalidad afectiva inestable que pasa rápidamente de la alegría a las lágrimas y de las lamentaciones a la cólera.

Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de ser elevado o expansivo) deben ser al menos 4 síntomas.

Debe ocasionar importante deterioro social o laboral, o precisar hospitalización; o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos.

Entendemos al **estado de ánimo elevado** del episodio maníaco como un estado de euforia anormalmente bueno, alegre o alto. Expansivo en el sentido de que se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. Sin embargo, otras veces se caracteriza predominantemente por la irritabilidad, sobre todo cuando se contradicen los deseos del sujeto.

Son frecuentes las ideas delirantes de grandeza, una exageración de la autoestima y una carencia de autocrítica.

Edad: primeros años de los 30

Pueden subclasificarse según el DSM, en:

- **episodio maniaco leve:** caracterizado por la presencia de solo 3 o 4 síntomas maníacos
- **episodio maniaco moderado:** caracterizado por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio
- **episodio maníaco grave sin síntoma psicótico:** caracterizado por la necesidad de supervisión continua para proteger al sujeto del daño que se puede causar a sí mismo o a los demás
- **episodio maníaco grave con síntomas psicóticos:** presentan ideas delirantes o alucinaciones, las cuales pueden o no tener relación con los temas maníacos

Síntomas asociados

- **Anosognosia:** es frecuente que no reconozcan que estan enfermos y se resistan al tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otros lados, presentarse hostiles y amenazantes físicamente para los demás.
- Adelgazamiento, trastornos del sueño. Hambre y sed aumentadas, regulación térmica perturbada. Secreciones aumentadas, especialmente la saliva y sudoración.

El acceso maníaco (Ey)

Por lo general aparece entre los 20 y 50 años, y por lo general suele encontrarse una causa desencadenante precedente a la aparición del acceso.

Formas de comienzo

- El inicio puede estar caracterizado por una fase depresiva o por un estado premonitorio de exaltación emocional de algunas horas o días
- Otras veces, tiene un inicio brutal y sin pródromos. La crisis irrumpe de golpe, súbitamente. El sujeto se siente invadido por un sentimiento eufórico de bienestar y felicidad, por una necesidad irresistible de actividad y movimiento. El insomnio es total. Las palabras se hacen cada vez más abundantes y rápidas. El paciente forja múltiples proyectos, se muestra alborotador, se irrita con facilidad, emplea términos groseros, raros en él y que sorprenden a los demás. Manifiesta una excesiva excitación sexual.

Periodo de estado: el porte del paciente es extravagante, desaliñado, incluso a veces se desnuda. Su cara es animada, alegre o furiosa. Habla sin cesar. Con un comportamiento agitado, jovial, familiar y a veces bromista. Se mueve mucho, intensamente, al punto de llegar a una intensidad extrema en donde se vuelve grosero, desaseado, furioso y rompe todo.

La excitación psíquica puede decirse que resume todos los otros síntomas. Es un aspecto fundamental de la volatilidad maníaca. Se trata de una exaltación del ser psíquico en su totalidad, y es precisamente esa exaltación que hace brincar y saltar al maníaco en una danza frenética, a la que arrastra la exuberancia de sus desenfrenadas tendencias instintoafectivas.

Duración: según Ey, varía entre algunas semanas y varios meses. Puede terminar tanto espontáneamente o progresivamente.

Formas clínicas (semiologicas y evolutivas):

- **Formas evolutivas:**
- **Manías crónicas:** si bien la manía es típicamente una crisis, cuando existen varias crisis maníacas, no es raro que se observe la organización de un comportamiento maníaco crónico
- **Formas semiológicas**
- **Manía delirante y alucinatoria:** en ciertas formas de manía con una desestructuración más profunda de la conciencia se observan experiencias delirantes, sobre todo delirio verbal
- **Mania sobreaguda o furor maníaco:** caracterizada por una agitación notable con oscurecimiento de la conciencia. Rechazo de alimentos, signos orgánicos graves de agotamiento como deshidratación, hipertimia
- **Estados mixtos maniacodepresivos:** en ocasiones junto a los síntomas maníacos también hay síntomas melancólicos. En el DSM estos son los trastornos bipolares
- **Hipomanía**

Forma de presentación de una crisis de Manía.

Se presenta en un sujeto que está invadido por un sentimiento eufórico de bienestar y felicidad, y una necesidad irresistible de moverse, de hacer actividades, con graves trastornos del sueño que llegan a exacerbarse hasta el punto en que puede haber insomnio durante días, sin que el sujeto se muestre agotado. El sujeto, además, a nivel del lenguaje, presenta taquilalia, se presenta verborrágico, al punto que su discurso puede ser incomprensible. Se muestra alborotado, con múltiples proyectos; grosero, irritable, lo cual en general tiende a contrastar con su forma regular de ser. Puede llegar a presentar conductas de exceso, como fumar o beber demasiado, mucho más de lo habitual, y una excitación sexual también excesiva, que se manifiestan en conductas sexuales imprudentes, impertinentes, fuera de contexto, irresponsables. El paciente tiene un porte extravagante y desaliñado, con una cara animada, alegre y a veces furiosa. Se presenta jovial y bromista con un tinte agresivo, sus bromas tienen una suerte de agresividad, son sarcásticas, burlonas, criticonas. Es un sujeto que tiene acelerados todos los procesos psíquicos, su memoria, pensamiento, asociación de ideas, representaciones, y por ello, también su lenguaje. La taquipsiquia y la taquilalia son características, especialmente la fuga de ideas, y por lo tanto la incapacidad de mantenerse voluntariamente concentrado sobre un tema específico cuando habla; en ese sentido, presenta una gran distracción, es incapaz de escoger estímulos, sino que todos los estímulos toman su atención. La percepción del mundo exterior se mantiene normal, aunque puede llegar a tener ilusiones y pseudoalucinaciones, raramente. La imaginación también está exaltada, acelerada, y por ello puede tener producciones pseudodelirantes. El sujeto presenta básicamente una aceleración de su ser psíquico, que lo hace saltar, bailar, y que lo arrastra a la exuberancia y a la violacion inintencionada de las normas culturales. Es un sujeto que se caracteriza por la expansividad, por ser optimista, infatigable y que tiene una tonalidad afectiva inestable que puede ir desde la euforia hasta el llanto en poco tiempo, y del llanto a la cólera, furiosamente agresivo, y, a veces, puede llegar a romper todo en una crisis muy grave. La excitación erótica es frecuente, y los gestos de coquetería y seducción regulares, que se manifiestan en actitudes groseras y obscenas de exhibicionismo o masturbación. Además, la actividad está exacerbada, y el rasgo dominante de está actividad es el juego, el sujeto representa escenas teatrales, imita personajes, la teatralidad extravagante es característica. Así, toma el mundo exterior y lo adhiere a su comportamiento, muchas veces presionando a los que lo rodean para que se le integren en estas actividades, y por ello, todo lo que lo rodea, hasta las personas, se vuelven accesorios de su comedia. Asimismo, presenta un gran riesgo de realizar actividades que pongan en peligro su vida o la de los demás, porque al maniaco ninguna actividad se le presenta con consecuencias, todo es posible y nada

conlleva riesgos, todas las actividades son positivas, alegres, en sí mismas. En cuanto a la presentación somática, está también se encuentra trastornada, y el sujeto tiende a adelgazar debido a la gran cantidad de actividades que realiza, paralelamente a esto, el sujeto también tiene aumentada el hambre y la sed, y su regulación térmica está perturbada, dando como resultado en general a un aumento de las secreciones, sobre todo la saliva y la sudoración.

Semiologia de la Hipomanía (Ey y DSM)

Se trata de un estado de agitación que ha sido llamado forma benigna o atenuada de la excitación maníaca.

- **Semiología del humor:** fundamentalmente jovial, eufórico. Según el DSM, el estado de ánimo elevado de un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que en el de una evidente grandiosidad.
- **Semiología del pensamiento:** superabundancia de ideas**.** La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve.
- **Semiología del lenguaje:** la exuberancia del pensamiento y del lenguaje se expresa por una gran facilidad en la conversación y sobre todo por una abundancia excesiva de la palabra y de los escritos (logorre y graforrea). Según el DSM, el discurso del sujeto suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos
- **Semiología de la conducta:** superabundancia de actividad. En el grado más ligero, el sujeto pasa por vivo, espiritual, inteligente y brillante, pero rápidamente pasa a ser agresivo, irritable, autoritario y sarcástico. El hipomaniaco siempre está en constante actividad, siempre necesita hacer alguna cosa,no descansa nunca ni parece cansarse. Realiza muchas actividades y raramente termina alguna. Actividad sexual aumentada. Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonables. No obstante estas actividades estan bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un sujeto maníaco.
- **Semiología de la atención:** Suele haber distraibilidad.
- **Pragmatismos:** está exaltación del humor habitualmente vuelve muy difícil relacionarse con el sujeto y genera conflictos en el trabajo o grupos, aunque según el DSM, el episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización -aunque hay excepciones en las que sí lo ocasiona-, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. A su vez, en algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad.

Episodio hipomaniaco (DSM)

Se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Debe ir acompañado por al menos 3 síntomas de los siguientes:

- Aumento de autoestima o grandiosidad (no delirante)
- Disminución de la necesidad de dormir
- Lenguaje verborreico
- Fuga de ideas

- Distraibilidad
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves

Si el estado de ánimo es irritable, debe haber al menos 4 de los síntomas anteriores.
Está lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto en que en el episodio hipomaniaco no puede haber ideas delirantes o alucinaciones.

Episodio mixto (DSM)
Se caracteriza por un periodo de tiempo, de al menos 1 semana de duración, en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor.

Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

Semiologia del pensamiento y conducta: Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento.

Pueden subclasificarse según el DSM en:
- **episodio mixto leve:** caracterizado por solo 3 o 4 síntomas maníacos y 5 o 6 síntomas depresivos
- **episodio mixto moderado:** caracterizado por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio
- **episodio mixto grave sin síntomas psicóticos:** se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.
- **episodio mixto grave con síntomas psicóticos:** estan indicados por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, en la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos o depresivos.

Trastornos bipolares (DSM)

Trastorno Bipolar 1
Curso clínico caracterizado por **uno o más episodios maníacos o mixtos.** Es frecuente que también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Sin embargo, con solo un episodio maníaco ya es suficiente para diagnosticarse trastorno bipolar.

El trastorno bipolar 1 se subclasifica según se trate de un primer episodio (maníaco o depresivo) o según si el trastorno es **recidivante**. La **recidiva** viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos o depresivos. El cambio de polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o mixto, o en el que un episodio maníaco o mixto evoluciona hasta un episodio depresivo mayor.

Por el contrario, si lo que evoluciona hasta un episodio maníaco o mixto fue un episodio hipomaníaco, esto se considera solamente un episodio. Lo mismo sucede cuando el episodio maníaco evoluciona hacía uno mixto, o viceversa.

Curso: Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar 1 vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos siguen mostrando una labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales

Trastorno bipolar 2

Curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar 2.

Pragmatismos: Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismo. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos pueden no considerar patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante.

Semiología de la memoria: Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de amigos o familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar 2.

Trastorno ciclotímico

La característica esencial es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante un periodo de 2 años, todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses.

Por definición, los estados afectivos en el trastorno ciclotímico no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto

El diagnóstico de trastorno ciclotímico solo se establece si en el periodo inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto. Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar 1.

Curso: Suele empezar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

Neurosis

Neurosis indiferenciada	Neurosis de angustia	Síntoma prevalente: angustia
Neurosis grandemente diferenciadas	Neurosis fobica	síntoma prevalente: fobia
	Neurosis histérica	síntoma prevalente: conversión somática
	Neurosis obsesiva	síntoma prevalente: pensamientos y conductas obsesivo-compulsivas

El fondo caracterial del neurótico

Las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Producen una perturbación del equilibrio interior del neurótico.

Las neurosis vienen caracterizadas por:

a) **Síntomas neuróticos:** son trastornos de conducta, sentimientos o ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y que constituyen, en relación con este conflicto interno, un compromiso del que el sujeto obtiene, desde su posición neurótica, un cierto provecho (beneficios secundarios de la neurosis). Los síntomas neuróticos tienen como finalidad disminuir la tensión interior experimentada como angustia o culpabilidad, evitando reconocerla y manteniéndola fuera del campo de la conciencia.
b) **El carácter neurótico del Yo:** este, a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar buenas relaciones con el prójimo ni un equilibrio interior satisfactorio.

Implica tres ideas esenciales:

1) Enfermedad mental “menor” (en relación con las psicosis)
2) Preponderancia de trastornos subjetivos
3) Armazón de procedimientos defensivos, más o menos artificiales e inconscientes, contra la angustia

Estas formas de existencia patológica son vividas como un malestar interior desbordante de angustia. Por lo menos, así sucede mientras las “técnicas” inconscientes de defensa contra la angustia, que constituyen el trasfondo de los síntomas, no han conseguido plenamente su efecto, lo cual es relativamente raro. Sin embargo, la neurosis consigue tan eficazmente neutralizar la angustia, convirtiéndola en un accidente somático tranquilizador (por ejemplo, en la histeria) o invirtiendo su sentido en un sistema de castigo merecido o conjurado (obsesión), que el conflicto interior no vuelve a aparecer. Sin embargo, no por eso deja este de seguir existiendo, constituye el núcleo mismo de la neurosis.

El neurótico no puede considerarse un sujeto pasivo de síntomas, sino más bien, sus síntomas, él los hace, los fabrica, y esto es lo que confiere a la neurosis su estructura artificial.

Semiologia de la conducta:

- **Sexualidad:** los trastornos de la sexualidad son constantes en los neuróticos. Puede haber tanto una preferencia de conductas masturbatorias en detrimento de las relaciones sexuales, así como una abstinencia sistematica de la satisfaccion sexual, que incluye tanto abstinencia de relaciones sexuales como de masturbacion. **Impotencia:** falta de erección, siempre o por ciertos periodos de tiempo. Eyaculación precoz, retardada o ausente, e impotencia orgásmica. **Frigidez:** es decir, ausencia de sensación en la relación sexual, puede ser total o parcial
- **Trastornos del sueño:** aparecen con gran frecuencia, dificultad para conciliarlo o continuarlo (esto último tiene que ver con el miedo al sueño)

Semiología de la afectividad: humor inestable, intolerante, contradictorio; "tiene mal carácter". Los problemas de agresividad ocupan el primer lugar. En tanto el neurótico muchas veces tiene miedo de su propia violencia, su agresividad tiende a ser disimulada mediante conductas de ironías, sarcasmos, terquedad, indiferencia, etc

- Asimismo, la agresividad se vivencia con angustia, y los procedimientos de las neurosis tienden a desplazarla (de la madre hacía todas las mujeres), invertirla (se siente miedo en vez de agresividad) o volverla contra uno mismo (sentimientos de autopunición).
- **Astenia:** los estados de fatiga constituyen un fondo común a todos los estados neuróticos, es el más corriente de los síntomas: agotamiento, desaliento. En el **histérico** la fatiga es brusca y susceptible de oscilaciones; en el **obsesivo** es a menudo la única expresión de su angustia. La fatiga neurótica en general es desproporcionada en referencia a las causas a las que el paciente alega estar cansado; y tiene que ver con el fracaso en el reposo y vivir en un contexto generalizado de ansiedad. Cuando la astenia es el síntoma que prevalece en la neurosis, ésta se llama neurastenia

Semiologia de la conducta y afectividad: la agresividad retenida se combina con la inhibición y se manifiesta en conductas de indecisión, incapacidad, torpeza, tendencia a los contratiempos y actos fallidos; miedo de mandar, de satisfacer una ambición, de ganar dinero, de salir, ir al cine, etc

Los trastornos de la sexualidad son constantes en los neuróticos.

Semiologia de la personalidad:

- En el carácter de los "**paranoicos**": se caracteriza por conductas de afirmación, impulsividad, búsqueda del éxito y prestigio a cualquier precio, imposibilidad de tolerar fracasos o críticas
- El carácter de los histéricos: se caracteriza por la avidez[1], deseo de satisfacción inmediata, pasividad y dependencia
- Los neuróticos también se caracterizan por tener actitudes de rebelión, dando lugar a comportamientos de suciedad, desorden, despilfarro e irresponsabilidad, lo cual a través de los mecanismos de inversión neuróticos se manifiestan en conductas meticulosas, orden rígido, asco y miedo ante la suciedad y sus imágenes.
- Pueden ser crueles, formalistas y duros, o buscar el fracaso, la sumisión

La forma básica de neurosis es la neurosis de angustia, es una neurosis indiferenciada donde los mecanismos de defensa son relativamente simples y la angustia es más directa, menos neutralizada y compensada.

[1] Deseo fuerte e intenso de tener, hacer o conseguir algo.

Luego hay neurosis estructuradas y diferenciadas:

- **Neurosis fóbica o histeria de angustia:** donde la angustia está comprometida en un sistema ideoafectivo simbólico (agorafobia, fobia a los cuchillos, etc)
- **Neurosis histérica:** donde la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicosomáticas artificiales
- **Neurosis obsesiva:** donde la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados

Características diagnósticas de los síntomas neuróticos

Los síntomas neuróticos seran reconocidos por:

- manifestar un malestar interior y a menudo una gran angustia, más o menos disimulada
- Dan al observador la impresión de un artificio, de una complicación o una practica activamente buscada
- Estan en evidente relación con las situaciones y emociones presentes y pasadas
- Se manifiestan en sujetos desequilibrados
- Se presentan en una persona que puede entrar en contacto con los demás, en un mundo común y real, que, a pesar de sus extravagancias en sus conductas, permanece adaptado de acuerdo a la realidad

Neurosis de angustia (Trastorno de ansiedad en el DSM)

Se entiende bajo este nombre los comportamientos neuróticos en los que los síntomas más destacados estan constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente. Las conductas muestran una persona que está en un perpetuo estado de alerta y miedo.
Las neurosis de angustia constituye un tronco común en la organización neurótica que se dirige hacía conductas neuróticas más estables y estructuradas.

Se presenta, clínicamente sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional. El cuadro clínico se compone por elementos somáticos y psíquicos:

Los somáticos son:

- síntomas respiratorios como disnea, asma, tos
- síntomas cardiovasculares, a veces dolorosos, como palpitaciones, taquicardia, dolores como quemaduras, hinchazones o punzadas
- síntomas digestivos como espasmos gástricos, náuseas, vómitos, diarrea o sequedad en la boca
- síntomas urinarios, sensitivosensoriales y cutáneos,. etc

Los psíquicos:

- una angustia vivida como una pesadilla obsesionante, irreal, imaginaria, que al sujeto le parece que proviene de un drama interior
- una actitud de espera de un peligro donde el sujeto se presenta como inquieto, perplejo, dudoso, desalentado, temeroso o miedoso, del pasado, presente o futuro

Cuando la angustia cronifica, las perturbaciones sufren modificaciones y las alteraciones psíquicas estan disminuidas, sin embargo, el sujeto sigue esperando un peligro y sigue sintiéndose inquieto, solo en menor intensidad

Trastornos psicosomáticos:

- puede ir tanto desde una dificultad para conciliar el sueño, para mantenerse durmiendo, o dormir excesivamente sin lograr descansar. El sujeto tiene miedo de abandonar su vigilancia, de dormir
- es un sujeto inestable, irritable, hiperemotivo, reacciona a todos los estímulos con excesivos signos de emoción
- el deseo sexual está disminuido
- sus músculos estan crispados, le es imposible relajarlos

La neurosis de angustia se presenta, en forma de crisis que inciden en una personalidad alterada caracterologicamente. Así, la ansiedad crónica se organiza en una neurosis caracterológica que constituye una posicion sistematica ante la existencia que se basa sobre la angustia, en donde el sujeto se presenta siempre inquieto, en una suerte de pedido constante de protección, donde los familiares u otros allegados se convierten en los soportes necesarios para su seguridad. Interpreta los fracasos de la vida cotidiana como pruebas irrefutables de su aflicción.

En síntesis, parecen estar abocados a la angustia por la misma organización de su personalidad.

Neurosis fobica

Se caracteriza por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en objetos de un terror paralizante. La fobia es el síntoma que se constituye por la acción del mecanismo de desplazamiento.

Está neurosis tiende a reemplazar la angustia de un peligro interno por el miedo de un peligro externo, que no puede ser definido meramente por el objeto, sino que implica necesariamente un complejo afectivo particular del sujeto.

Temas fóbicos:

- **Fobia del espacio:** es el más frecuente, y se manifiesta como miedo de salir, angustia de las calles, miedo de los espacios abiertos (Agorafobia) o de los espacios cerrados (claustrofobia)
- **Fobia al medio social:** a las relaciones individuales o colectivas; fobia al enrojecimiento, fobia al contacto humano, a mirar a una persona, a hablarle a un policía, etc
- **Fobia a los animales:** pequeños como insectos, ratones, que conllevan una horrible repulsion; o animales grandes como caballos, perros, donde se los imagina en actitudes amenazadoras de devoracion o persecución

Hay una prevalencia de las situaciones visuales en las fobias; los objetos fóbicos son buscados, descubiertos, a veces hasta alucinados, para justificar la evitación y tranquilizarse.

Semiologia de la conducta:

- Conductas de evitación: para evitar tener una gran angustia, el sujeto evita el objeto fóbico, que conduce a conductas de fuga
- Conductas de tranquilización: lo más frecuente es la presencia de un personaje escogido o anónimo, lo que se busca es no estar solo. Puede ser una habitación, un objeto, que evoca protección y cumplen una función aseguradora
- La vida sexual del fóbico está siempre alterada en el sentido de una intensa inhibición.

Semiologia de la personalidad

- El carácter fóbico puede definirse como un conjunto de rasgos de comportamiento que constituyen una armazón caracterial. Sus dos aspectos fundamentales son **un estado de alerta constante,** que en este caso es específico, electivo.
- **Proyección externa:** para el sujeto su mundo interno le parece sencillo, normal, es en el mundo exterior donde está el peligro, tiende a proyectar fuera de sí el drama que vive, se defiende contra sus pulsiones negandolas.
- **Actitud de huida:** que puede manifestarse en una actitud pasiva que conduce a la inhibición de conductas como las sexuales, o evitar las relaciones sociales; o

actitudes de negación de la pasividad en donde el comportamiento es más bien desafiante, el sujeto se superocupa con actividades, no puede permanecer desocupado

Neurosis histérica

Se caracteriza por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y afectos inconscientes. Sus síntomas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de está "conversión somática".

Semiologia de la personalidad:

- El histérico se caracteriza por la psicoplasticidad, sugestionabilidad y la formación imaginaria de su personaje. La sugestibilidad da cuenta de un individuo plástico, influenciable e inconsistente; también tiene rasgos mitómanos que se manifiestan en sus comedias, mentiras y fabulaciones, no cesan de falsificar sus relaciones con los demás. Siempre se ofrecen al espectáculo. Las expresiones emocionales y pasionales tienen algo de teatral, excesivo, que contrasta fuertemente con sus inhibiciones sexuales, así, el donjuanismo o mesalinismo femenino oculta siempre la impotencia, frigidez o perversión.
- Es un sujeto inconsistente que no ha conseguido organizarse conforme a una identificación de su propia persona. Es una especie de sujeto enmascarado, así, todo el conjunto del sujeto refleja una falsedad; su organización se desarrolla construyendo un falso personaje que vive una falsa existencia

Por lo tanto, para definir la histeria es necesario no solamente la conversión somática, sino una estructura inconsciente e imaginaria del personaje del histérico

Formas clínicas

Un ataque de histeria comprende 5 periodos

1. comienza con un aura histérica, con dolores, palpitaciones y trastornos visuales
2. un periodo epileptoide donde hay pequeñas sacudidas, muecas que pueden terminar en grandes sacudidas generalizadas del cuerpo
3. un periodo de contorsiones donde el sujeto hace movimientos variados, acompañados de gritos
4. un periodo de trance en donde el sujeto imita escenas violentas o eróticas; encontrándose en pleno sueño y viviendo sus imaginaciones
5. Un periodo terminal en donde aparecen visiones alucinatorias, con delirios

Formas menores: también se observan crisis degradadas o camufladas: son las crisis de nervios, en las que la agitación, la burda similitud con la epilepsia, el carácter expresivo de la descarga emocional, la sedacion consecutiva al brote erotico o agresivo, conservan todos los rasgos esenciales de la histeria
Existen, además, otras crisis menores más atípicas y difíciles de diagnosticar:

- **La crisis "sincopal":** el sujeto se siente mal, palidece, expresa en unos segundos su angustia y se desploma. El desvanecimiento dura algunos minutos, va seguido de una fase de fatiga sin amnesia del episodio.
- **La crisis con sintomatología de tipo extrapiramidal:** incluye manifestaciones motrices variadas, como: acceso de hipo, de bostezos, de estornudos; crisis de risa o de lloro incoercibles; temblores, sacudidas musculares, tics o grandes movimientos de tipo coreico

Semiologia de la conciencia: existen estados crepusculares, histéricos, donde la conciencia vigil se debilita, tiene un comienzo y fin brusco. Se trata de una experiencia

semiconsciente de despersonalización y de extrañeza general del ambiente. Una forma de estos estados es el **Síndrome de Ganser,** que trata de un desconocimiento sistemático de la realidad ambiental, el sujeto no tiene en cuenta el contexto que le rodea, y sus actos o palabra se dirigen a una situación soñada; hay por lo tanto una reducción del campo de la conciencia.

- También estan los estados crepusculares denominados como “estados segundos”, que muestran una producción onírica, con rica producción de imágenes, sobre todo visuales. Estados de trance.

Semiologia de la memoria: los estados crepusculares comportan trastornos de la memoria más o menos profundos, con amnesias.

- Las crisis de amnesia histérica frecuentemente dan cuenta de amnesias lacunares, olvidos de acontecimientos penosos, o de situaciones. A veces son amnesias generales, a veces tienden a revertirse estas amnesias y los sujetos logran evocar los sucesos

Signos y síntomas

Parálisis:

- pueden ser funcionales, que se presenta como la parálisis de un movimiento o un grupo de movimientos que estan coordinados por una misma significación funcional, está es la más frecuente
- o localizadas, donde lo que se paraliza es un miembro, y dan la impresión de que son más bien intencionales

Contracturas y espasmos: contracturas de miembros y cuello, manifestaciones espasmódicas como vómitos o hipo; imposibilidad de tragar, retención de orina y espasmos genitales

Anestesias: a veces los sujetos “anestesian” ciertas percepciones táctiles, dolorosas, térmicas, no sienten dolor en algunos lugares, ni frío ni calor, tienen el tacto disminuido, estas son anestesias parciales, y las hay también totales. Además se observan fenómenos raros como sensibilidad transferida de un lado del cuerpo

Dolores: todas las localizaciones y todos los tipos de dolores pueden ser sintomáticos de la histeria, y en general el sujeto le confiere un aire dramático al síntoma

De alguna manera, la sintomatología histérica da cuenta de una exageración patológica de ciertos modos normales de expresión

Evolución

Permanece durante mucho tiempo latente, y tiende a expresarse por una floración de síntomas diversos en la adolescencia o pubertad, y a continuación a renovarse en ciertas situaciones patógenas como aquellas que implican un carácter emocional, como el matrimonio, la maternidad o accidentes.

Evoluciona por brotes y tiende a menudo a estabilizarse, y que se instale bajo la forma de una cristalización fija de los síntomas principales o de los rasgos del carácter de la persona.

Neurosis obsesiva

Se define por el carácter forzado, compulsivo, de los sentimientos, ideas o conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible, sin que el mismo deje de considerar irrisorio está tendencia.

Los caracteres clásicos de las obsesiones es que son incoercibles, automáticos, se intenta luchar en contra de ellas y el sujeto es consciente de las mismas.

La neurosis obsesiva implica también una estructura de la persona del obseso, como todas las neurosis.

Características clínicas

- Emergencia de fenómenos obsesivos como obsesión por la limpieza, la culpa o la verificación; que refieren a algunas ideas, representaciones o situaciones que se convierten en objeto de preocupación exclusiva de la persona
- Existen medios de defensa contra las obsesiones, que también se convierten en obsesivos. Estos refieren a trucos o estrategias que usa conscientemente la persona para luchar contra la obsesión
- Trastornos intelectuales y afectivos como la duda, abulia, perplejidad, sentimiento de irrealidad, extrañeza o artificio

Síntomas y signos

- **Ideas obsesivas:** que se imponen a pesar de la persona, pensamiento compulsivo. Intrusión en la conciencia de pensamientos no deseados, que insisten y se repiten, que se reconocen por la persona como propios pero que son repudiados, molestos y odiosos, que si bien todos los tenemos, en el obseso tienen una gran intensidad que constituye su esencia. Pueden tratarse de dudas (cerré la puerta?), temores (miedo a decir algo inapropiado en situaciones donde no debería decirse); deseos, prohibiciones. Estos se repiten y repiten y repiten sin que el sujeto pueda librarse de ellos, así, se le aparecen estos pensamientos, representaciones, imágenes incesantemente. Sufre a causa de esto y a menudo se le ve concentrado, absorto, luchando contra estas rumiaciones mentales.
- **Tendencia a actos agresivos, impulsivos, temidos o no deseados:** actividad compulsiva. El sujeto siempre se queja de “no poder contenerse” más que con gran esfuerzo, se queja de una acción que tiende a ser un acto ridículo, odioso o criminal, cargado de agresividad contra sí mismo o los demás, y siempre es un acto que no debe hacerse. En general el paso al acto es excepcional, aunque puede haber conductas simbólicas que lo disimulen, como un insulto o un gesto de agresividad como levantar un brazo.
- **Se siente forzado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico:** ritos del pensamiento mágico. El obseso encuentra una solución a su problema en una relación mágica con el mundo, ritualizando sus quehaceres cotidianos, que complican sus relaciones sociales, sus comidas, y ciertas conductas como vestirse. La actividad tiende a ser ritualizada por completo, el trabajo, las distracciones, se convierten en conductas rígidas, reglamentarias, que lo convierten en un esclavo de su propio mecanismo.
- **Semiología de la conducta:** así aparece lo que se denomina como d**elirio de contacto**, donde las personas son incapaces de tocar las puertas, vivencian con terror los microbios y se entregan a complicados lavados, incesantes, que nunca son suficientes para tranquilizarlos. **Obsesión-impulsión de actos criminales** que son temidos y a la vez deseados, temidos por su carácter de prohibidos, y deseados porque al hacerlos ya no se teme llevarlos a cabo, por lo tanto eliminan la tensión y el conflicto interno. **Onomatomanias:** tiende a contar, sumar, multiplicar hasta el infinito sus actos, en series indefinidas de numeros y calculos que constituyen el objeto privilegiado para sabotear sus ideas obsesivas, paradójicamente, volviéndose está tendencia en también obsesiva
- **Está lucha agotadora es el efecto y la causa de una astenia psíquica (**cansancio mental): presenta agitaciones psicomotrices como tics, actos estereotipados, rumiaciones mentales que constituyen un aspecto fundamental del desorden psíquico del sujeto, enteramente sometido a un automatismo psicológico

Semiologia de la afectividad: presenta sentimientos depresivos que son testimonios de su debilidad psíquica (dudas, sentimientos de influencia, fatiga, confusión). Presentan ausencia de decisión, de resolución voluntaria, falta de confianza y de atención, incapacidad de

experimentar sentimientos exactos en relación a situaciones presentes, tienden a enfocarse en el pasado y lo imaginario.

Semiologia de la personalidad:
El carácter y personalidad del obseso presenta anomalías. El cansancio mental aparece como un fondo constitucional del obseso, en conjunto con la abulia y la duda, crisis morales de conciencia, timidez e inhibición de los contactos sociales, tendencia a la introspección y autoanálisis de la vida interior, trastornos de la sexualidad y trastornos psicomotores como tartamudez, tics, etc.

Enrojece fácilmente, se molesta, vive con cólera, lágrimas, nervios y disgusto. Puede observarse también una manía por el orden y la meticulosidad. Son sujetos que tienen la necesidad de reglamentar todo, de contarlo todo y someterse a prohibiciones rigurosas, son estrictos y avaros.

Sus manifestaciones dan cuenta de ciertas inversiones de las pulsiones instintoafectivas, de esa forma, la terquedad, la tendencia al coleccionismo y la angustia ante la separación se manifiestan como comportamientos de prodigalidad, donde el sujeto regala sus cosas, se vuelve sumiso, resignado, temeroso. Así, unas tendencias inconscientes de suciedad y rebelión se manifiestan como superlimpieza y respeto excesivo a la autoridad.

Sea cual fuere el tipo de carácter obsesivo, se encontraran, en diversas proporciones, cuatro puntos cardinales:

A) 1) la tendencia a la suciedad, recubierta por su 2) formación reactiva de superlimpieza
B) 3) la tendencia a la retención de objetos, recubierta por el 4) comportamiento de prodigalidad[2].

La obstinación no falta nunca, ya que ella da lugar a la vez a la inclinación a los objetos y a una manifestación de agresividad, pasiva pero eficaz. Puede revestir varias formas: autoritarismo en el caso de que el sujeto adopte una posición de fuerza, o reivindicación y ayuda a la justicia, en el caso de posición de debilidad.

La inclinación coleccionista hacía los objetos se pone de manifiesto por la acumulación: colecciones, “manías”, que pueden ser utilizados en sus carreras (acumulaciones de títulos, grados, ordenaciones) o terminar en pequeñas “manías” pintorescas. Está especial relación con las cosas confiere al **dinero** un valor simbólico que hallamos en todos los casos: el dinero permite a la vez la acumulación, la tranquilidad y la autoridad. El rasgo de avaricia aparece, por lo tanto, frecuentemente, pero el juego de la formación reactiva interviene para mezclar a menudo los rasgos de avaricia a los de prodigalidad.

Raramente se descubre la **suciedad** a primera vista. Sin embargo, el estado de las uñas o el de la ropa interior puede contrastar con la meticulosidad de ciertos lavados. Del mismo modo un vocabulario grosero puede emerger inopinadamente de entre un lenguaje habitualmente vigilado.

La **superlimpieza,** evidentemente responsable de los ritos de lavados entre los síntomas manifiestos, confiere al carácter rasgos de meticulosidad, de respeto escrupuloso de las reglas.

[2] Gastarse la plata en regalos o en cosas para los demás en detrimento y sin consideración de sus propias condiciones económicas, y las de su familia

Obediencia y sumisión, conformismo y “buenos modales” dan lugar a rasgos de puntualidad, de método, de rigidez moral. El amor a la verdad puede ser llevado al más riguroso extremo, la severidad contra sí mismo puede ir hasta el ascetismo absurdo. Además de estos rasgos principales puede señalarse aún el comportamiento en relación al tiempo. La puntualidad puede coexistir con retrasos, o bien el sujeto puede experimentar placeres específicos al realizar una serie de acciones al mismo tiempo. Por último, con respecto al **aspecto exterior** del sujeto: la contención de las emociones, la preocupación de la corrección, resultan en un aire rígido, circunspecto, afectado. Constituye una verdadera “coraza” de protección. La rigidez puede combinarse con actitudes de huida y con esbozos de rebelión, confiriendo entonces al porte unos rasgos de torpeza, de áspera brusquedad, que alternan con una timidez de niño. En toda su actitud, el sujeto parece querer interponer una armadura entre el mundo exterior y su persona: la cara, el paso, la rigidez, constituyen medios para mantener a distancia al eventual observador.

Trastornos de la personalidad (DSM-4)

Algunas de las neurosis en el Ey pueden encontrarse como trastornos de la personalidad en el DSM.

- Por ejemplo, el carácter histérico (Ey) es similar al carácter histriónico (DSM)

Los trastornos de personalidad dan cuenta de patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y comportamientos que se apartan de forma notoria de lo que culturalmente se espera de la persona, que en general tiene su inicio en la adolescencia o adultez joven y es estable a lo largo del tiempo, y que comporta malestar o perjuicios para la persona, entre estos encontramos distintos trastornos que varían según las experiencias internas y los comportamientos:

Los sujetos con un trastorno de personalidad en general presentan rasgos de la personalidad rígidos, persistente y desadaptativos que actúan como ejes en las formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismos, que se ponen en manifiesto en una diversidad muy amplia de contextos sociales y personales, y, en ese sentido, causan deterioros en distintas áreas de la vida del sujeto.

Estos patrones de comportamiento y de experiencia interna se presentan en diversas áreas en el sujeto, las cuales pueden ser el área cognoscitiva, afectiva, en la actividad interpersonal y en el control de los impulsos de la persona.

Los trastornos pueden clasificarse esquemáticamente en tres grupos. En el grupo a se incluyen los trastornos que hacen parecer al sujeto como raro o excéntrico, y estan los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. En el grupo B estan los que el sujeto parece dramático, emotivo o inestable, y son el antisocial, límite, histriónico y narcisista. Y por último, el grupo C incluye a los sujetos que parecen ansiosos o temerosos, y estan los trastornos de evitación, dependencia y el obsesivo-compulsivo.

Los grupos A y B tienden a ser más egosintónicos, los del grupo C más egodistónicos.

El sujeto con **trastorno paranoide** tiende a desconfiar de los demás y a ser suspicaz de las acciones de los demás, ya que interpreta todas estas acciones como maliciosas, interpreta que el resto de las personas tienen intenciones que pueden afectarlo, que se van a aprovechar de el, que le van a dañar o a engañar, aunque no tenga ninguna prueba de nada de ello. Es frecuente que se sientan profundamente e irreversiblemente ofendidos por otras personas sin motivos reales. Dudan de la lealtad y fidelidad de sus allegados y cualquier desviación de está que sirva como prueba de sus suposiciones es suficiente para

ofenderse. No confían ni logran intimidad con los demás, y en los hechos más irrelevantes vislumbran significados amenazantes. Son rencorosos e incapaces de olvidar injurias, desprecios o insultos. El menor desprecio provoca hostilidad, y en ese sentido, tienden a contraatacar rápidamente con ira. Y pueden tender a reunir pruebas triviales de las situaciones sospechadas para poder “constatar” sus suspicacias. Pueden ser patológicamente celosos, controladores, y cuestionadores constantes de lo que hacen o dicen los demás. Es difícil llevarse bien con ellas, y por lo tanto presentan disfunciones en las relaciones sociales. Como no confían en nadie tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y de autonomía, y pueden culpar a los demás de sus propios errores. Pueden mostrar fantasías de grandiosidad no realistas que no estan disimulados y estar pendientes en temas de poder y jerarquía.

El sujeto con **trastorno esquizoide** tiende a distanciarse de las relaciones sociales y a restringir sus expresiones emocionales en el plano interpersonal. No suelen demostrar deseos de intimidad, aparecen como indiferentes a las relaciones personales y no les satisface mucho formar parte de una familia o grupos sociales. Prefieren emplear tiempo en sí mismos sobre todo. Suelen estar aislados y ser más bien solitarios, y casi siempre eligen actividades solitarias. Muestran interés escaso o nulo en las experiencias sexuales con otras personas. Suelen tener una reducción en la sensación de placer a partir de las experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, y suelen no tener amigos íntimos con excepción de algún familiar de primer grado. Parecen indiferentes ante las críticas o la aprobación de los demás, ni les preocupa lo que los demás piensan de ellos. A menudo no responden adecuadamente a las normas sociales y pueden dar la impresión de ser socialmente ineptos o superficiales. Sus gestos faciales estan disminuidos y las expresiones como las sonrisas también. Y cuando logran hablar de lo que sienten, tienden a describir sentimientos desagradables en relación a las interacciones sociales. Presentan dificultades para expresar ira. Suelen dejar sus vidas a merced del azar y reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas. Por todo esto, ciertas actividades pueden estar deterioradas, como la laboral o académica, si implican relaciones interpersonales, aunque se pueden desenvolver en condiciones de aislamiento.

El sujeto con **trastorno esquizotípico** tiende a mostrar déficit sociales e interpersonales que se caracterizan por causarle gran malestar. El sujeto presenta una capacidad reducida para relacionarse con otras personas, y presenta, a su vez, distorsiones cognoscitivas o perceptivas, y excentricidades del comportamiento. Suelen tener ideas de referencia del tipo de interpretaciones incorrectas de incidentes casuales o acontecimientos externos, que les adjudican significados especiales o inhabituales, si bien estos no constituyen ideas delirantes ya que no son mantenidas con la misma convicción. Pueden ser supersticiosos o estar muy preocupados por fenómenos paranormales, pueden sentir que tienen poderes especiales de premonición o para leer los pensamientos, así como creer que tienen un control mágico de los demás que puede ser utilizado a través de rituales. Presentan alteraciones perceptivas como escuchar voces murmurar su nombres. Su lenguaje puede presentar ciertos trastornos, y puede muchas veces ser un poco vago o indefinido, aunque sin presentar incoherencias. Las respuestas que dan pueden llegar a ser demasiado concretas o demasiado abstractas. Suelen ser recelosos y presentar ideación paranoides y tienen dificultades para relacionarse con otras personas en tanto no pueden servirse de todo el abanico de afectos o habilidades interpersonales del cual podrían disponer, y por lo tanto la interacción con los demás suele sucederse de formas inapropiadas, inflexibles u obligadas. Por todo esto, suelen ser considerados raros o excéntricos a causa de sus manierismos, por su forma de vestirse y por su falta de atención a las normas sociales habituales.

Los sujetos con **trastorno antisocial** presentan un grado intenso de desprecio por los demas y tienden a violar los derechos de otras personas a través de distintos comportamientos como la manipulacion o el engaño. Las normas sociales que se espera que el sujeto respete, para la edad que tiene, suelen transgredirse; así, pueden agredir a otros seres vivos, causarles daños físico o psicológico, suelen ser intimidantes e iniciar frecuentemente peleas, y se ven a menudo en medio de situaciones conflictivas que implican mediaciones legales. Pueden causar destrucción de la propiedad de los demás, así como tender a efectuar fraudes o robos. Este tipo de comportamiento suele causar que tengan problemas en las situaciones de la vida cotidiana, como el trabajo o las relaciones interpersonales, ya que pueden llegar a faltar con frecuencia al trabajo sin ninguna razón justificable. En sí, los sujetos no logran adaptarse a las normas sociales, desprecian los deseos, derechos y sentimientos de los demás y tienden a engañarlos y manipularlos para conseguir algún beneficio propio. Suelen mentir o falsificar sus identidades, incluso llegar a simular enfermedades, si esto les otorga algún beneficio; y suelen manifestar impulsividad e incapacidad para planificar a futuro, por lo que la toma de decisiones está afectada. Tienden a ser irritables y agresivos, se pelean frecuentemente con sus familiares y amigos. No muestran remordimiento ni culpa mayores por sus comportamientos irresponsables, en cualquier ámbito de su vida. Y si se les pregunta por sus actos puede dar justificaciones superficiales por haber hecho alguna atrocidad desmedida, a veces, llegan a culpar a las víctimas de sus actos y minimizar las consecuencias de estos. Puede llegar a pensarse que carecen de empatía, pero de lo que carecen es de una empatía solidaria, ya que suelen poder leer correctamente las emociones de los demás y tomar provecho de ellas. Son engreídos y arrogantes, tercos y autosuficientes, y pueden tener una buena capacidad para la conversación y para el convencimiento.

Los sujetos con **trastorno límite** presentan inestabilidad en las relaciones interpersonales, en su autoimagen y afectividad, y una notable impulsividad. Perciben una inminente separación o rechazo que se esfuerzan por evitar, este abandono puede ser real o imaginado. Eso puede causar cambios profundos en la autoimagen, en la cognición y en su comportamiento. Son muy sensibles a las circunstancias ambientales y experimentan intensos temores de ser abandonados y una ira inapropiada ante separaciones de la vida cotidiana o ante cambios bruscos de planes. El temor a ser abandonado suele estar relacionado a una cierta incapacidad o intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados por otras personas, y esto puede llevarlos, a veces, actuar impulsivamente en comportamientos de automutilación o suicidas para evitar el abandono. Sus relaciones personales suelen ser inestables y a la vez, intensas, idealizando a sus compañeros al comienzo y luego, por detalles muy sutiles, cambiar rápidamente a devaluarlos o percibirlos negativamente por no prestarles la suficiente atención. Y su empatía suele estar atada a la expectativa de recibir algo a cambio, generalmente el acompañamiento del otro para que satisfaga sus propias demandas. En este sentido, son propensos a cambiar drásticamente de opinión respecto a los demás. Estos cambios bruscos se dan también en el área de la autoimagen y suelen cambiar de opinión, valores o aspiraciones profesionales. En otras áreas como las apuestas, el consumo de sustancias o los gastos económicos también pueden llegar a presentar comportamientos impulsivos e irresponsables. Suelen tener un estado de ánimo disfórico que puede variar en poco tiempo desde la tristeza intensa, hacía la ira, angustia o desesperación total y, en general, es raro que tengan sentimiento de bienestar subjetivo. Y el sentimiento crónico de vacío y soledad es característico, y se aburren muy fácilmente por lo que siempre estan en busca de algo que hacer. En cuanto a la forma de relacionarse, pueden ser muy sarcásticos, amargos y explosivos, especialmente cuando se interpretan situaciones de abandono, y luego sentirse muy culpables y autopercibirse como malas personas.

Los sujetos con **trastorno histriónico** presentan una emotividad generalizada y excesiva y comportamientos frecuentes de búsqueda de atención. No estan comodos, o se sienten despreciados si no son el centro de atención, y por ello tienden a ser vivaces y dramáticos, seductores entusiastas, sin embargo, este comportamiento seductor va perdiendo su efecto progresivamente a medida que el sujeto continúa incesantemente por llamar la atención. Su aspecto y comportamiento suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde un punto de vista sexual, en contextos en donde no es pertinente, y suele ser dirigido a todas las personas, en diversos contextos, incluso con personas con las que no hay un real interés para relacionarse sexualmente. Las emociones suelen ser superficiales y cambiantes, ya que en general son dramatizaciones para llamar la atención. Por ello es característica la autodramatizacion, la teatralidad y una expresión exagerada de las emociones, que terminan por molestar a sus compañeros porque pueden suceder en lugares públicos. Las emociones se prenden y apagan constantemente, con demasiada rapidez, lo que deviene en ser acusados de fingir los sentimientos. Además, presentan una alta sugestionabilidad y son fácilmente influenciados por los demás, al punto que pueden llegar a ser demasiado confiados, especialmente con personas de autoridad. Tienden en ese sentido a considerar algunas relaciones mucho más íntimas de lo que en realidad son, y comportarse de forma muy personal e íntima con personas que recién conocieron o en contextos en donde no son pertinentes dichas conductas. Pueden llegar a ser controladores o manipuladores, y tener relaciones deterioradas con sus amigos por su carácter seductor, o por la constante necesidad de atención. Y además presentar tristeza o enfado cuando no son el centro de atención, así como ser poco tolerantes de las situaciones que no son gratificantes o que demoren una gratificación inmediata. Su entusiasmo suele descender rápidamente en los proyectos que se proponen y descuidan a menudo las relaciones o las labores que requieren un largo plazo o una construcción prolongada en el tiempo. Además, pueden llegar a tener comportamientos de automutilación o amenazas suicidas con el fin de llamar la atención.

Los sujetos con **trastorno narcisista** presentan un patrón general de grandiosidad, necesitan ser admirados y carecen de empatía. Se creen muy importantes y grandiosos, sobrevaloran sus capacidades y exageran sus conocimientos y cualidades, y frecuentemente dan la impresión de que son presuntuosos. Asumen sin dudar el valor exagerado que otros les dan a sus actos y se sorprenden cuando no reciben alabanzas que creen fervientemente merecer. Simultáneamente a la exageración de sus logros tienden a devaluar los actos de los demás, y a menudo se preocupan por fantasías de éxito, poder, belleza y amores ilimitados y exagerados, e imaginan ser admirados continuamente. Se creen superiores, especiales o únicos y esperan que los demás también los perciban de esa forma. Y tienden a pensar que solo pueden ser comprendidos con personas que ellos creen que son superiores o especiales, y les atribuyen a quienes los rodean estas características, ya que solo podrían relacionarse con personas así. Sus necesidades siempre son especiales y fuera del alcance de la gente corriente, su autoestima está frecuentemente muy aumentada pero es, a la vez, muy frágil. Y estan siempre preocupados por si estan haciendo las cosas suficientemente bien o por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración, y esperan que cuando llegan a algún lado los esperen con fanfarrias, y cuando eso no ocurre, se sorprenden y le adjudican sentimientos negativos a los demás como envidia. La pretenciosidad de ser atendidos de forma especial, combinada con la falta de empatía, y la indiferencia por los deseos y necesidades de los otros, suele acarrear como consecuencia que tiendan a explotar a los demás. Esperan que sus necesidades se satisfagan sin importarle los demás, y sus amistades se conforman siempre en función de lo que puedan darle o brindarle a su autoestima. Tienen dificultades para reconocer el deseo, sentimientos o las experiencias subjetivas de los otros, y tienden a hablar extensamente de lo que les pasa a ellos en contextos de conversación en donde no es lo más importante. Pueden llegar a ser ajenos al

daño que le causa a los demás lo que ellos dicen o hacen. Y muchas veces sienten envidia de los éxitos y propiedades de los demás, devaluando sus aportes. Son arrogantes y soberbios. Las críticas a su persona los hacen sentir humillados y degradados, y reaccionan con rabia o ira, de forma rápida. En este sentido, los sentimientos persistentes de humillación, vergüenza, y la autocrítica inherente a esto puede asociarse a retraimiento social y estados de ánimo depresivo o distimico.

El sujeto con **trastorno evitativo** presenta inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, evitan cualquier actividad que implique contacto importante con otras personas porque tienen miedo a ser criticados, desaprobados o rechazados. Evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén segurisimos que van a ser aceptados sin críticas. Consideran que todo el mundo va a criticarlos y rechazarlos, tienen dificultades para establecer intimidad con otras personas. Pueden actuar con represión, tener dificultad para hablar de sí mismos y sienten miedo a ser ridiculizados o avergonzados. Tienen el umbral para detectar reacciones críticas o de rechazo muy bajas ya que estan siempre alerta a estas cuestiones. Si alguien se muestra levemente en contra de ellos pueden ofenderse muchísimo. Tienden a ser tímidos, callados, miedosos a llamar la atención por temor a ser humillados. Piensan que todo lo que digan va a ser criticado por los demás, y reaccionan mal a bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. Estan interesados en participar activamente en la vida social, pero no lo hacen por temor a todo lo anterior. Se sienten inferiores y tienen baja autoestima. Se consideran a sí mismos socialmente ineptos, poco interesantes e inferiores a los demás. Tienden a no asumir riesgos personales o involucrarse en actividades nuevas, y son propensos a exagerar el peligro potencial de situaciones cotidianas. Prestan mucha atención a los movimientos y expresiones de los demás. Porque siempre estan tensos por el temor a ser ridiculizados, esto los lleva a actuar de manera un poco extraña, lo cual puede ser motivo de algún chiste y esto puede de alguna manera confirmar sus propias sospechas. Sienten mucha ansiedad ante la posibilidad de sonrojarse o llorar frente a las críticas. Son solitarios y tienden a aislarse. Si bien desean aceptación y afecto y fantasean mucho sobre relaciones idealizadas con otros.

Los sujetos con **trastorno por dependencia** tienen una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos, que ocasiona comportamientos sumisos y de adhesión, e intenso temor de separación. Estos comportamientos de sumisión y de dependencia estan destinados a provocar la atención de los demás y surgen de la percepción de ellos mismos de que son incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás. Tienen dificultades para tomar decisiones cotidianas, necesitan excesivo aconsejamiento, reafirmación, la iniciativa de los demás y que los otros asuman las responsabilidades de sus vidas. Suelen depender de sus padres o cónyuges en gran medida en todos los ámbitos de su vida, incluidas sus amistades, trabajos, etc. Se les dificulta expresar desacuerdos o enfados con quienes son dependientes por miedo a perder el apoyo, incluso apoyaran cosas que no les gustan con total de que el otro no se enoje y les quite su ayuda. Carecen de confianza en sí mismos, piensan que los demás hacen mejor las cosas, estan convencidos de que son incapaces en todo sentido, ineptos, necesitados de ayuda. Con supervisión pueden funcionar adecuadamente. Frecuentemente carecen de las habilidades más básicas de la vida cotidiana. Suelen hacer muchos sacrificios y tolerar comportamientos violentos de toda índole con total de no perder el apoyo del otro. Se sienten incómodos y desamparados cuando estan solos debido a su temor exagerado a ser incapaces de cuidar de sí mismos. Su percepción de sí mismo es de inseguridad, pesimismo, minimizando sus propias capacidades y valores, se conciben como estúpidos, y las críticas que les hacen las toman como pruebas de su inutilidad y pierden rápidamente la poca fe que tienen en sí mismos.

Los sujetos con **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** se preocupan excesivamente por el orden, el perfeccionismo y el control propio y de los demás, en detrimento de la flexibilidad, espontaneidad y la eficiencia. Intentan mantener la sensación de control de todas las actividades, acudiendo a reglas, detallismos, listas, formalidades excesivas que hacen perder de vista los objetivos más importantes. Son excesivamente cuidadosos, detallistas empedernidos y comprueban repetidamente los errores, y usualmente no se dan cuenta de que estas actitudes molestan a los demás. Distribuyen mal el tiempo por hacer todas estas cosas y lo importante queda en segundo lugar. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento autoimpuestos les generan disfunciones y malestar. Quieren que todo quede perfecto. Se dedican excesivamente al trabajo y a la productividad, en detrimento de las actividades de ocio. Las actividades placenteras tienden a ser pospuestas, y cada vez que realizan una la convierten en alguna actividad productiva. Convierten el juego en una tarea estructurada, transformando una actividad divertida en una pesada lección. Son tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética y valores. Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir principios morales rígidos muy estrictamente. Son intensamente autocríticos. Rígidamente respetuosos de la autoridad y las normas. Incapaces de tirar objetos aunque estos no sirvan para nada ni tengan valor sentimental. No delegan tareas por falta de confianza en que otros puedan hacerlas bien, y quieren que las cosas solo se hagan a su manera, porque es la manera correcta de hacerlo. Tacaños, avaros, pueden llegar a llevar un nivel de vida inferior al que pueden permitirse debido a la creencia de que los gastos deben controlarse “por las dudas si pasa algo”. Obstinados, les cuesta estar de acuerdo con las ideas de los demás y aceptar otros puntos de vista. Planificadores meticulosos. Cuando no hay reglas que dirijan una actividad, les cuesta tomar decisiones. Se enfadan fácilmente si no logran controlar las cosas. La expresión emotiva está muy controlada y tienden a comunicarla de manera muy rebuscada con muchas palabras técnicas, y se sienten incómodos ante las personas que son emocionalmente expresivas. Se preocupan intensamente por lo lógico y lo intelectual y son intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Les cuesta expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos.

Trastornos de ansiedad (DSM-4)

Crisis de angustia (Ataque de pánico en DSM-4, especificador de ataque de pánico en DSM-5)

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresion o malestar torácico, sensación de atragamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.

Estas crisis suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, y su característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o trastornos cognoscitivos.

Se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez, en 10 min o menos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresion o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

Los sujetos relatan que en el momento de la crisis sentían un miedo intenso, creían estar a punto de morir, tener un infarto o de volverse locos, y un deseo urgente de huir del lugar donde apareció la crisis.

La falta de aire constituye un síntoma frecuente en la agorafobia, y la ruborizacion en la ansiedad social.

La ansiedad de la crisis de angustia tiene un carácter intermitente, inicia y termina bruscamente, y es de alta intensidad.

La diferenciación del contexto en donde aparece la crisis es importante para diagnosticar un trastorno de ansiedad:

1. **Crisis de angustia inesperadas:** no relacionadas con estímulos situacionales, en las que el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales, es decir, aparece sin motivo aparente. El diagnóstico de trastorno de angustia (con y/o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas.
2. **Crisis de angustia situacionales:** desencadenadas por estímulos ambientales, donde la crisis aparece en forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación a un estímulo desencadenante ambiental. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas.
3. **Crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada:** las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe está asociación ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse. Estas son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o social.

Agorafobia

Contexto: la ansiedad aparece en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia no se dispondrá de ayuda. Está ansiedad conduce típicamente a comportamientos evitativos de múltiples situaciones, como quedarse solo dentro o fuera de la casa, mezclarse con gente, viajar en vehículos o encontrarse en puentes o en ascensores.

El sujeto presenta miedo al uso de transportes públicos, a espacios abiertos o cerrados, a hacer cola o estar en medio de multitudes, o estar fuera de su casa solo. Este miedo es desproporcional al peligro que plantean las situaciones. Este miedo, ansiedad o evitación es continuo y dura al menos 6 meses. El miedo además puede ser provocado por la situación real o la anticipación de esa situación. Es necesario que el miedo y la ansiedad se evoque casi siempre que la persona este en contacto con la situación temida, por lo que si este miedo o ansiedad solo se produce de vez en cuando no sería agorafobia.

A menudo les resulta encontrarse en situaciones temidas si se encuentran en compañía de un conocido.

El comportamiento evitativo puede conducir al deterioro de actividades laborales u otras áreas de la vida cotidiana. También al cambio de rutinas, de lugares de trabajo de forma de evitar el uso de transportes públicos o ciertas plazas que podrían haber estado en el camino hacía su antiguo trabajo, etc.

Trastorno de angustia (trastorno de pánico en el dsm-v)

Se caracteriza por la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas que luego de su aparición suscitan preocupación persistente ante la posibilidad de tener una nueva crisis y por las consecuencias de está, así como también pueden suscitar cambios comportamentales significativos que estan relacionados con estas crisis, estos cambios comportamentales pueden ser abandonar el laburo, a veces sucede que niegan tener miedo de nuevas crisis en simultáneo a estos cambios comportamentales.

Que la crisis sea inesperada quiere decir que no está asociada a desencadenantes ambientales y no hay motivos identificables. Para diagnosticar este trastorno se necesitan al menos dos crisis de este tipo.

Las crisis pueden estar más o menos relacionadas a una situación concreta, aunque dicha asociación puede llegar a ser variable. Las crisis de angustia situacionales que se desencadenan casi invariablemente e inmediatamente al exponerse a un desencadenante ambiental son menos frecuentes.

Las crisis con síntomas limitados (presentan 3 síntomas somáticos o menos), es decir, no llegan a los criterios de las crisis de angustia, son frecuentes en este trastorno, pero en algún momento del trastorno van a sufrir alguna crisis de angustia completa.

La preocupación en relación a las consecuencias de las crisis es característica, dando lugar a que algunos sujetos teman que estas anuncien alguna enfermedad no diagnosticada que ponga en peligro su vida, haciendo que se realicen controles médicos frecuentes que no terminan por aliviar estos temores. Otros creen que las crisis anuncian que se estan volviendo locos, que estan perdiendo el control o que ponen en evidencia su debilidad emocional.

Pueden presentar también ansiedad intermitente o constante que no se centra en situaciones o acontecimientos específicos.

Concomitantemente, pueden desarrollar trastorno depresivo mayor, o trastorno relacionado con sustancias debido al tratamiento de la ansiedad con alcohol o fármacos.

Curso: su inicio típico es entre los 20 a 45 años, y es típicamente de carácter crónico, y pueden presentarse tanto por brotes episódicos separados por años, como en forma sintomática permanente e intensa.

Fobia específica

Se caracteriza por un miedo intenso o persistente a ciertos objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritas. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente la respuesta inmediata de ansiedad que puede adquirir la forma de una crisis de angustia.

Pueden reconocer el carácter excesivo e irracional del temor. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, aunque a veces puede experimentarse con sumo terror.
El comportamiento de evitación, el miedo o la ansiedad de anticipación en relación al estímulo debe interferir significativamente con las actividades cotidianas de la persona o provocar un malestar evidente.

El temor excesivo e irracional puede ser tanto en presencia del estímulo o cuando se anticipa su aparición. Por lo tanto, el objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto fóbico.

Las fobias específicas también hacen referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse o desmayarse al exponerse al objeto.

El nivel de ansiedad o temor varía en función de la proximidad al estímulo y del grado en el que la huida se ve limitada.

La variación del objeto de miedo o evitación provoca la subclasificación de este trastorno en subtipos, que son:

- **Tipo animal:** el miedo hace referencia a animales o insectos, suele iniciarse en la infancia
- **Tipo ambiental:** el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Suele iniciarse en la infancia. Es la segunda más frecuente.
- **Tipo sangre-inyecciones-daño:** hace referencia a la visión de sangre o heridas, a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
- **Tipo situacional:** hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, aviones, autos, lugares cerrados. Es la más frecuente.
- **Otros tipos:** hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito, adquisición de una enfermedad; fobia a los “espacios” (el sujeto tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas

El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (por ejemplo miedo a los gatos y las víboras)

Curso: En la historia del sujeto pueden haber ocurrido crisis de angustia inesperadas en la situación que luego se convierte en temida, o la observación de otras personas en esas situaciones, así como también advertencias paternas en la infancia con respecto a ciertos objetos

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

Se caracteriza por un miedo persistente e intenso a situaciones sociales o actuaciones en público **por miedo a que resulten embarazosas.** La exposición a estos estímulos produce una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia.

Reconocen que el miedo es excesivo e irracional, pero la mayoría de las veces estas situaciones terminan siendo evitadas, aunque hay posibilidad, a veces, de soportarlas con mucho temor.

La evitación, temor o ansiedad que generan las situaciones o la anticipación de estas debe interferir la vida cotidiana de las personas, y sus ámbitos laborales y sociales, o generar un malestar muy grande.
El sujeto en las situaciones sociales experimenta preocupación constante ante la posibilidad de que resulten embarazosas y que los demás se den cuenta de su ansiedad, debilidad, o que piensen que está loco o es estupido.

Así, tienen miedo de hablar en público porque le tiemblan las manos o la voz, y tienen miedo que los demás se den cuenta de esto; o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al conversar y no poder articular correctamente las palabras. Pueden haber comportamientos evitativos de comer o beber en público por miedo de que los demás se den cuenta de que le tiemblan las manos.

Casi siempre experimentan síntomas de ansiedad como temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento en las situaciones sociales temidas, y en los casos serios pueden desarrollar crisis de angustia. El enrojecimiento es típico.

A veces se forma un círculo vicioso por la ansiedad anticipatoria que provoca un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en determinadas situaciones, lo cual genera más ansiedad, y así sucesivamente.

La fobia social puede ser generalizada cuando se relaciona con la mayoría de las situaciones sociales. Estos sujetos pueden ser más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales.

Síntomas y trastornos asociados

- Hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo
- Dificultad para autoafirmarse
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad
- A veces tienen pobres habilidades sociales como que les cuesta mantener la mirada de otras personas
- Signos objetivables de ansiedad como manos frías y pegajosas, temblores o voz vacilante

Suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. También un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad al hablar en grupos pequeños, en público, con colegas o figuras de autoridad.

Acostumbran tener escaso apoyo social.

En los casos más serios son expulsados de la escuela o despedidos del laburo con la posibilidad de no poder reincorporarse en estas actividades por la dificultad y ansiedad que supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan amigos o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar citas o pueden permanecer toda la vida con sus padres.

Curso: aparece típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con historia infantil de timidez o inhibición social. La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. Tiende a ser crónico.
Se caracteriza por la evitación de situaciones sociales en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recurrentes. Y las situaciones de evitación se limitan exclusivamente a las que el sujeto considera que puede ser juzgado por los demás.

Si el sujeto padece un trastorno mental o alguna enfermedad que provoque síntomas potencialmente embarazosos, la ansiedad y la evitación tiende a empeorar.

Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar

este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes:

- inquietud
- fatiga precoz
- dificultades para concentrarse
- irritabilidad
- tensión muscular
- trastornos del sueño

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos.

Los sujetos no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A los sujetos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que estan realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

Los adultos con este trastorno acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (arreglar el auto, etc).

Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Pueden presentar tensión muscular, temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares. A veces presentan síntomas somáticos como las manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarrea; respuestas de sobresalto exageradas (hiperemotividad). Los síntomas depresivos como la fatiga excesiva son frecuentes ya que el trastorno también puede coexistir con los del estado de ánimo.

Curso: los sujetos se consideran nerviosos o ansiosos de toda la vida, aunque hay altas probabilidades de que se manifieste en la adolescencia o cerca de los 20 años. Es crónico, pero fluctuante, con periodos de agravamiento debido a estrés.

Similitudes y diferencias entre Trastorno de la Personalidad por Evitación, el Trastorno de la Personalidad por Dependencia y la Neurosis Fóbica.

Una de las diferencias principales entre estos trastornos es el objeto de temor que, por un lado, en tanto que la neurosis fóbica se caracteriza por una sistematización de la angustia sobre ciertas cosas, situaciones, personas o actividades que se convierten en objetos de un terror paralizante. Y si bien existen fobias al medio social, que se manifiesta como miedo a las relaciones individuales o colectivas, fobia a enrojecerse o fobia al contacto humano, sea hablarle a una persona o mirarlo, no se limita a esto, existiendo también fobias a los espacios, sean estos abiertos, lo cual se denomina como agorafobia, o a los cerrados, denominado como claustrofobia. Asimismo, existe también fobia a los animales, pequeños o grandes. En cambio, el trastorno de la personalidad por evitación tiene que ver con un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a

la evaluación negativa por parte de los demás, donde el sujeto tienden a evitar actividades que requieran de un contacto interpersonal por miedo a las críticas, a la desaprobación o al rechazo de los demás. Así, el objeto del miedo acá es a ser juzgado, criticado, desaprobado o rechazado, humillados o burlados. Por una tercera parte, el trastorno de la personalidad por dependencia tiene que ver con una necesidad general y excesiva del sujeto de que se ocupen de el, que ocasiona comportamientos sumisos y adhesión a otras personas, así como temores de separación. Los comportamientos estan destinados a provocar la atención en el otro y surgen de una percepción de sí mismos como incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás. En este sentido, el objeto de temor es la propia incapacidad y por ello se conciben dependientes, muchas veces tienen dificultades en estar en desacuerdo con los demás porque tienen miedo de perder su apoyo o aprobación. Una segunda diferencia es, por ejemplo, la concepción sobre sí mismos que tienen los sujetos. En la neurosis fóbica el mundo interno es percibido por el paciente como sencillo, sin problemas, y es en cambio el mundo externo donde está el peligro, tiende a proyectar fuera de si este peligro interno de la angustia. En cambio, en el trastorno de la personalidad por evitación el sujeto muchas veces está dubitativo ante su aptitud social, se conciben a sí mismos como socialmente ineptos, poco interesantes o inferiores a los demás, y por lo tanto, para que esto no quede en evidencia y ser así objetos de burla o humillación, entre otras cosas, tienden a evitar situaciones en donde se tengan que poner en práctica dichas aptitudes; tienen, otras veces, baja autoestima, y a pesar de querer participar activamente en la vida social, no lo hacen por temor a las críticas o al rechazo. Por último, en el trastorno de la personalidad por dependencia el sujeto se concibe a sí mismo como incapaz, dependientes, faltos de confianza, se consideran ineptos y necesitados de ayuda constantemente.

Para finalizar, las similitudes pueden ser las conductas evitativas de los tres trastornos, que se diferencian por el contexto en el que se evitan, o los objetos de evitación. Entre el trastorno por dependencia y el de evitación, una similitud es el considerarse ineptos, aunque ambos se diferencian en la intensidad de dicha ineptitud percibida, y el contexto en donde se manifiesta, ya que en el trastorno por dependencia está ineptitud está más bien generalizada a las actividades cotidianas, a las tareas, proyectos, trabajos; y en el trastorno por evitación la ineptitud está relacionada con las aptitudes sociales y la capacidad para mantener relaciones sociales e interpersonales. Estos dos últimos trastornos también tienen como similitudes que ambos sujetos muchas veces tienen temor a la desaprobación de los demás, en el trastorno por evitación, por la necesaria crítica que implica la desaprobación del otro; en el trastorno por dependencia en la desaprobación del otro que virtualmente lo haría dejar de apoyar al paciente, y está pérdida de apoyo causa intenso terror por las características propias de la concepción de sí mismo que este tiene de sí.

Diferencias diagnósticas entre neurosis obsesiva en Ey y Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo en el DSM

La primer diferencia diagnóstica es que en la neurosis obsesiva de Ey el sujeto presenta sentimientos, ideas o conductas que se le imponen, forzadamente, las cuales son incoercibles, automáticas, intenta luchar contra ellas y es consciente de las mismas; y es a partir de estas obsesiones mentales impuestas que desarrolla obsesiones por la limpieza, la culpa o la verificación. El síntoma diferencial que considero más importante es la presencia de ideas obsesivas, pensamientos no deseados que insisten y se repiten y que, si bien la persona los considera como propios, son repudiados y molestos. Para poder lograr que estos pensamientos desaparezcan, se siente forzado a ritualizar ciertas actividades que se convierten, también, en obsesiones. Así, las tareas de limpieza exhaustiva sin que estas den satisfacción plena son habituales. Presenta una psicastenia debido a la lucha constante contra sus propios pensamientos, que se manifiestan en actos estereotipados, tics o

rumiaciones mentales continuas. Asimismo, experimentan sentimientos depresivos, falta de confianza o atención e incapacidad de experimentar sentimientos exactos en relación a ciertas situaciones, y tienden a enfocarse en hechos pasados y en sus pensamientos e imaginaciones. Dudan, tienen crisis morales, timidez e inhibición de contactos sociales, y una gran tendencia a la introspección y al autoanálisis.

En cambio, el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo trata más bien de una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad y la eficiencia. Donde los sujetos intentan mantener la sensación de control mediante una atención excesiva a las reglas y detalles triviales, a las listas o formalidades al punto de perder de vista el objetivo principal de las actividades. Se presentan como excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores.

De está manera, los pensamientos intrusivos aparecen como una primera diferencia de ambos trastornos, estando aparentemente no incluidos dentro del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. El obsesivo-compulsivo de Ey se comporta de maneras rígidas, repetitivas y poco eficaces para mantener las ideas intrusivas obsesivas fuera de la conciencia, y como consecuencia, se obsesiona con dichos rituales. En cambio, el sujeto con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo repite las tareas, es ineficaz y se obsesiona con las actividades para controlarlas, de forma que salgan perfectas, como el quiere, ya que según él, hay solo una manera de hacerlas bien, y solo el puede llevarlas a cabo de esa forma.

Una segunda diferencia es la conciencia de la inconveniencia de sus actos compulsivos; en el obsesivo-compulsivo de Ey, el sujeto da cuenta de la ineficiencia e irrisibilidad de sus actos obsesivos, se da cuenta de que son contraproducentes y, sin embargo, no puede evitar hacerlos la gran mayoría de las veces, aunque si intenta luchar contra ellas. Se queja de estas obsesiones. Está lucha contra sí mismo es lo que produce la psicastenia y que se manifiesta en su carácter de absorto, de desatención, en sus tics o actos estereotipados. En cambio, en el sujeto con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, estas no son concebidas como problemáticas y la mayoría de las veces no son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran enfadarse por los inconvenientes y consecuencias que causan sus comportamientos. Si bien el rendimiento excesivamente alto que se autoimponen en las tareas les causan malestar significativo y disfunciones en distintas áreas de su vida.

Una última diferencia es que en el obsesivo-compulsivo de Ey, este, mediante el mecanismo de inversión, puede manifestar en sus comportamientos una prodigalidad excesiva, en tanto sus pensamientos y tendencias internas al coleccionismo y la avaricia le causan malestar o culpa, y tiende a regalar lo que tiene, incluso aquello que no puede regalar. En cambio, en el sujeto con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, estos tienden a ser tacaños y avaros y a llevar un nivel de vida muy inferior al que pueden permitirse porque los gastos hay que controlarlos para prevenir situaciones futuras.

Similitudes y diferencias entre neurosis histérica y trastorno de la personalidad histriónico

Una de las similitudes entre estos dos trastornos tiene que ver con sus personalidades, el histérico se caracteriza por la sugestionabilidad, son influenciables e inconsistentes, mitómanos que a través de sus mentiras y fabulaciones no cesan de falsificar sus relaciones con los demás. Siempre se ofrecen al espectáculo, mostrando expresiones emocionales y pasionales teatrales y excesivas y tienden a ser seductores. El histriónico, por su parte, está

siempre buscando la atención, tienden también a ser dramáticos y seductores. Sus emociones tienen también un aire superficial, teatral y excesiva. Son igualmente sugestionables y fácilmente influenciados por los demás, especialmente con personas de autoridad. Otras de las similitudes tienen que ver con la sintomatología, el histérico presenta una exagerada forma de expresión de ciertos modos normales de sentir dolores, contracturas, etc. Todo el cuerpo y todo el tipo de dolores pueden ser sintomáticos de la histeria, y en general estos son relatados y expresados con aire dramático. Dolores de cabeza, espasmos, hipo, etc. En el caso del histriónico, puede llegar a fingir enfermedades si eso hace que la atención recaiga sobre ellos. Tanto el histerico como el histrionico pueden llegar a tener dificultades para entablar relaciones sexuales intimas, el histerico por los trastornos sexuales inhernetes a la neurosis, el histrionico por su parte porque sus relaciones tienden más a ser superficiales para llamar la atencion pero una vez que está es llamada tiende a disminuir la atencion y el adulamiento prestado a esa persona y pasan a otra cosa, no se sienten compelidos muchas veces a seguir esforzandose en una relacion como para llegar a entablar relaciones intimas, les cuesta mantener actividades a largo plazo, incluyendo el mantenimiento de relaciones interpersonales lo suficientemente profundas y duraderas. En cuanto a las diferencias, la neurosis histérica presenta trastornos de la conciencia en donde el estado vigil se debilita, pueden llegar a tener experiencias semiconscientes de despersonalización y extrañeza general del ambiente, en una especie de desconocimiento general de la realidad actual, el sujeto no da cuenta del contexto que le rodea, y se comporta en función de una historia más o menos soñada; además puede presentar estados amnésicos lacunares, tiene olvidos de situaciones penosas que a veces pueden revertirse. Y suele presentar ciertos tipos de parálisis, sean ya localizadas en algunos miembros específicos, o funcionales que remiten más bien a un conjunto de movimientos coordinados para efectuar alguna acción particular. El neurótico además tiende a presentar astenia y trastornos del sueño. En el histriónico este tipo de sintomatología está ausente, y si aparece, es actuada para llamar la atención, probablemente duraría poco tiempo y luego se recuperaria integralmente sin ninguna consecuencia; aunque en algunos casos se ha asociado el trastorno histriónico de la personalidad al trastorno de somatización y de conversión que son similares a las neurosis histéricas. Los ataques histéricos son otro ejemplo de las diferencias entre estas psicopatologías, en la neurosis histéricas se dan estos ataques que empiezan con dolores y trastornos visuales, proceden con sacudidas, muecas, movimientos generales incontrolables del cuerpo, sigue con contorsiones y gritos, procede con un periodo de trance donde el sujeto puede imitar escenas violentas o eróticas, soñando despierto, viviendo sus imaginaciones, y termina con síntomas psicóticos como visiones alucinatorias o delirios. En los histriónicos no hay ataques histéricos, aunque pueden haber algún síntoma aislado de estos, sin embargo, el trastorno histriónico no está asociado a síntomas psicóticos. En este sentido, las similitudes entre ambos trastornos pueden considerarse, brevemente, como que en ambos hay una exageración de la emotividad, una búsqueda de la atención y una preocupación por la apariencia física que tiende a manifestarse en comportamientos seductores; además, ambos tienen baja tolerancia al retraso de la gratificación y tienden a buscar la satisfacción inmediata. Y las diferencias pueden resumirse como las que refieren a la sintomatología somática presente en la histeria y ausente en el histriónico, a la búsqueda de aprobación de otras personas presente en el histriónico y ausente en general en la histeria.

Desarrolle las generalidades de los trastornos de la personalidad del grupo A

Los trastornos de la personalidad se agrupan en 3 grupos que los categoriza de distintas maneras, así, el grupo A que incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, incluye trastornos de personalidades que suelen parecer raras o excéntricas. Los sujetos suelen relacionarse de forma irregular con los demás, tienen comportamientos y emociones también consideradas como fuera de la norma, sus relaciones personales y sus actividades,

o las formas en que llevan a estas suelen ser extrañas. El paranoide, por ejemplo, desconfía de todos e interpreta las actividades de los demás de forma maliciosa, y en ese sentido tiende a reaccionar de forma violenta a nimiedades cotidianas, no logran poder confiar o intimar con las demás personas, son muy reservados en caso de que la información de su vida sea utilizada en su contra, malinterpretan los halagos o las actividades de los demás, y no aceptan ayuda porque interpretan a está ofrenda como una crítica hacía sus formas de comportarse o llevar adelante actividades. Son hostiles, rencorosos y por ello violentos o irascibles, celosos y controladores y pueden cuestionar a todos y a todo, constantemente. Se llevan mal en general con los demás por todo este repertorio de comportamientos, ya que los demás también se suelen sentir atacados o incómodos por las constantes críticas o comentarios del sujeto paranoide, además pueden mostrar fantasías de grandiosidad no disimuladas y llegar a lugares de poder para poder controlar a los demás, y pueden tener ideas fantásticas o incorporarse a cultos que comparten sus sistemas de creencias paranoides. El esquizoide, por su parte, como presenta un general distanciamiento de las relaciones sociales y está bastante restringido en su expresión emocional parece no tener interes en intimar o relacionarse con nadie, y parece muy indiferente a cualquier tipo de relaciones sociales, se aísla, se retrae, se lo ve como un solitario, como un “raro”. No suele tener amigos por está forma de comportarse y sentir, como tiene reducida la sensación de placer en diversos ámbitos tampoco se lo ve disfrutando ninguna actividad en el exterior o en lugares concurridos por otras personas. Suelen ser indiferentes a las normas sociales en las interacciones sociales y a veces no responden bien a ellas, parecen ser ineptos en ese sentido. No reaccionan a las críticas o a las emociones, no demuestran sentimientos o gestos faciales, no se enojan ni alegran. Por último, el sujeto esquizotípico en tanto presenta déficit sociales e interpersonales por sentir malestar en situaciones sociales y tienen una capacidad reducida para relacionarse con los demás, y presenta, encima, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, suelen ser catalogados de raros también. Los sujetos tienden a interpretar acontecimientos cotidianos de forma inhabitual, fantasiosa, les asignan significados especiales. No son ideas delirantes porque no mantienen una convicción de ese tipo pero son extrañas igualmente. Tienden a ser muy supersticiosos y preocupados por fenómenos paranormales, a veces sienten que tienen poderes especiales como leer el pensamiento o algún tipo de control mágico a través de rituales. Pueden tener alteraciones perceptivas como escuchar voces, sus formas de comunicarse también pueden estar alteradas debido a las frases que utilizan, las cuales pueden ser un poco raras, indefinidas, vagas o abstractas, utilizando conceptos poco habituales, aunque en general mantienen una coherencia interna. Como tienen dificultades para poder utilizar muchas habilidades necesarias para relacionarse con los demás, suelen interactuar de forma inapropiada, inflexible, casi como si estuvieran obligandose a interactuar. Sus manierismos poco corrientes, su forma de vestirse y la falta de atención a las convenciones sociales habituales frecuentemente hacen que se los perciba como sujetos extraños. Como no se encuentran cómodos relacionándose como los demás pueden llegar a sentirse ansiosos en dichas situaciones, lo cual les genera malestar ya que en general expresan infelicidad debido a la falta de relaciones que tienen, y desean tener contactos íntimos pero no logran establecerlos. Prefieren de esa forma estar aislados porque sienten que son diferentes y que no encajan muy bien.

Módulo 2 - Exploración y entrevista en Psicopatología.

Bibliografía

Arevalo C., Couso, M, Prieto G, Rossi M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología. Montevideo: Psicolibros Waslala

Othmer, E., Othmer, S.C.(2003) La entrevista clínica. DSM-IV-TR Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Masson

Diapositivas

El **objetivo de la entrevista** es exploratorio, se busca entender qué le sucede a la persona, de qué manera está siendo afectada por signos y síntomas, y a cual determinada patología estos corresponden. Para ello, es necesario establecer algún tipo de vínculo, reconocer la sintomatología, y sobre todo, pensar lo patológico como un proceso que se da en una persona, en un momento dado, que no está separada de la historia del sujeto.

Además de la semiología, también es necesario explorar aspectos generales del sujeto, como por ejemplo qué cosas le gusta hacer, si tiene amigos y vida social, si realiza tareas laborales o de estudio; con esto es posible generar un vínculo con el paciente, al conocer sus aspiraciones y deseos.

Se busca explorar su enfermedad actual, el motivo de ingreso o de consulta, su nombre, edad, antecedentes psiquiátricos de familiares, o de hábitos tóxicos que pueda haber tenido, entre otros. También su historia personal vinculada a lo afectivo, social o laboral.

Durante el avance de la entrevista será necesario profundizar o aclarar puntos que nos parezcan relevantes o que no hayan quedado claros, dicha línea de indagación tendrá que ir en consonancia con las hipótesis diagnósticas que hayamos formulado hasta entonces. En sintonía, pueden aparecer otros factores que puedan descartar algunas hipótesis pero que también permitan pensar otras.

Arevalo C., Couso, M, Prieto G, Rossi M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología. Montevideo: Psicolibros Waslala

Introducción

La psicopatología es un campo heterogéneo de discursos y prácticas. Coexisten en su seno discursos provenientes de las psiquiatrias, psicologias, psicoanalisis, neurociencias, entre otros.

Como primera aproximación podemos entender **a la psicopatología como el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, en tanto procesos o estados "anormales" de causas conocidas o desconocidas.**

Desde su sentido etimológico podemos definir a la psicopatología como el saber del campo del sufrimiento del alma, del acontecer psíquico, etc.

En la modernidad, los modos de entender la locura han estado atravesados por las ideas prevalentes de la época, a saber: la idea de progreso y la fuerza atribuida a la razón. Y es cuando la ciencia construye sus grandes relatos explicativos, con la aspiración totalizante del sentido. Lo loco es entonces, por excelencia, lo privado de razón.

Las posturas más relevantes entorno a la etimología de la locura podemos agruparlas en 3 grandes criterios, que con otros desarrollos ulteriores perviven hasta la actualidad:

1) **La psicogénesis:** considera que la causalidad de la enfermedad mental es de orden psíquico, buscándose las perturbaciones en las funciones psíquicas, tales como: la memoria, la conciencia, el pensamiento, etc. En suma, se discriminan los signos y síntomas de las áreas semiológicas a indagar.
2) **La organogénesis:** promulga la etiología orgánica de la enfermedad mental, buscando por ejemplo las lesiones, la insuficiencia o el desequilibrio orgánico. Desarrollos ulteriores de está postura los encontramos en la teoría de la localización cerebral, entre otras.
3) **La sociogénesis:** considera que la explicación de la causación de la enfermedad mental se sostiene en las relaciones entre el sujeto y la sociedad, entiende por tanto que la enfermedad mental es el resultado de "acciones eficaces que la sociedad ejerce sobre los individuos a través de sus instituciones, de sus normas, de sus valores".

Las nomenclaturas o clasificaciones se desarrollan desde los síntomas y signos que, agrupados, conforman entidades nosológicas, y estas a su vez tienen diversas presentaciones y subdivisiones conformando un sistema clasificatorio.

Un signo es el lenguaje no verbal de la cara, el cuerpo y la voz, que a menudo es difícil de controlar. Por ejemplo: arrastra los pies

Las clasificaciones actuales

Dentro de una clasificación, existen síndromes y síntomas diferenciados y clínicamente significativos.

El diagnóstico de un síndrome implica:

- **Un síndrome** es una agrupación de signos y síntomas que aparece temporalmente en forma recurrente en muchas personas. Por ejemplo el síndrome depresivo.

- **Un trastorno** puede hacerse visible gracias a la presencia de un síndrome, la pauta de rasgos conductuales (por ejemplo trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo de causa exógena)
- **Un síntoma o signo único**, por ejemplo la dispareunia funcional indica la base orgánica del trastorno.

Existen síndromes conductuales o psicológicos o pautas de signos o síntomas relativamente distintos y clínicamente significativos.

La existencia de pautas conductuales o de un síndrome se asocia a:
- Malestar subjetivo
- Incapacidad (alteración de una o más áreas funcionales)

Supone una alteración en algún área (bio, psico o social).

Salud, enfermedad, normalidad

No podemos considerar a la salud mental como una disciplina única, sino que la entendemos bajo la categoría de transdisciplina o campo, ya que necesita de un cuerpo teórico y práctico que si bien se circunscribe a un conocimiento y una práctica singular; su condición es análoga al objeto que describe: su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

La salud, por su parte, es un conjunto de capacidades bio-psico-sociales, pudiendo ser de un sujeto o bien de un colectivo, la misma es entendida como una capacidad de los seres vivos que se conserva aún en la enfermedad y se expresa en capacidades biologicas, psicologicas y sociales, que no pueden aislarse de la vida cotidiana.

Está definicion nos aporta la multidimensionalidad y la posibilidad de comprender al sujeto sufriente, no exclusivamente desde la enfermedad, lo que nos permite, más allá de lo grandilocuente de su sintomatología o de lo poco esperanzador del pronóstico, intentar apostar a aquellos aspectos más sanos que aún puedan subsistir y sobre todo como producto de su histórica única y singular y no dejarlo atrapado en la etiqueta que lo homogeneiza con un conjunto de pacientes, de enfermos iguales.

La entrevista en el hospital psiquiátrico

El encuentro con el paciente psiquiátrico hospitalizado, es generalmente para los estudiantes, fuente de una mezcla de fantasías y afectos encontrados, que suponen una movilización especial en todos los integrantes del grupo.

La entrevista pretende arrojar luz sobre un fragmento de vida del sujeto. El resultado de la misma será siempre parcial, puesto que la información recogida será incompleta, y habrá que seguir completando en futuros encuentros.

Especificidad del encuentro
La entrevista se desarrolla en un contexto peculiar, donde se conjuga lo didáctico con la exploración psicopatológica. Es decir que su condición de “didáctica” tiene consecuencias que la hacen específica.

Pensamos que el tipo de entrevista que mejor se adapta a la situación, es la entrevista “semidirigida”, es decir, aquella en la que se combinan elementos de la entrevista abierta y de la cerrada: preguntas generales para que el sujeto despliegue lo que desee y pueda y

preguntas cerradas que consideremos útiles para indagar los síndromes que pensamos podrían estar en juego.

El estudiante intentará seguir determinados objetivos, que tienden a explorar determinadas áreas semiológicas de la personalidad del paciente, a efectos de llegar a entender que le está pasando y por que está hospitalizado, entre otras cosas.

La entrevista es la herramienta por excelencia para el abordaje de una situación clínica. Entrevistador y entrevistado interactúan en el encuentro. Constituye un corte transversal en la vida del sujeto que implica comprender la situación desencadenante que motivó el ingreso al hospital psiquiátrico, así como tratar de explorar elementos de su personalidad previa.

Objetivos de la entrevista
Entre muchos otros objetivos, se trata de reconocer sintomatología y pensar lo patológico como un proceso que se da en una persona en un momento dado, y que dicha enfermedad no está separada de la historia de esa persona.

¿Cómo explorar las diferentes áreas semiológicas?

Conciencia: el grado de lucidez de un paciente se relaciona con la claridad y la nitidez del campo de la conciencia. Se indaga con preguntas tales cómo: ¿sabe qué día es hoy? ¿En dónde estamos?. Esto es: indagar la orientación en tiempo y espacio, quien es, y si puede articular su presente con su pasado y proyectarse al futuro. Si el paciente no puede dar cuenta de estos datos básicos, tendremos que plantearnos la posibilidad de una alteración grave de la conciencia.

Pensamiento: tenemos que recabar datos que den cuenta de las características generales del pensamiento (pobreza, riqueza, concretud, abstracción, lógico, mágico, etc). Así como del contenido: que tipo de ideas pueblan la mente del paciente: delirantes, sobrevaloradas, de muerte, eróticas, fóbicas, obsesivas, etc. Y de los aspectos formales del mismo (sintáctica, semántica, ritmo, etc).

Afectividad: no es sencillo definir conceptos tales como estado de ánimo, afecto, emoción, sentimiento. Más allá de las distintas definiciones o terminologías utilizadas por los diferentes autores, sabemos que es fundamental estar atentos a la variación de los estados emocionales del paciente durante la entrevista, ya que nos brinda una muy valiosa información sobre su funcionamiento psíquico y sobre ciertas enfermedades mentales. En cuanto a las cualidades de los afectos, es necesario poder dar cuenta al menos de algunas características como de la intensidad de los mismos, de la estabilidad, y de la congruencia o no con el discurso.

Pragmatismos: son las conductas que engloban el comportamiento del sujeto en su cotidianidad. Las conductas basales o simples, son las relacionadas con la higiene, la alimentación y el sueño. Es imprescindible indagarlas, ya que suelen estar alteradas en los pródromos de las descompensaciones de cuadros tanto psicóticos como fronterizos o neuróticos. Las conductas complejas, en cambio, son las relativas al trabajo, la sexualidad y los vínculos, que se exploran con la misma minuciosidad que las conductas basales.

Posentrevista
Una vez finalizada la entrevista, el paciente es acompañado a la sala por el entrevistador o por algún compañero del grupo. En este trayecto, se puede preguntar al paciente cómo se sintió, que le pareció el encuentro, etc. Es habitual que en está instancia los pacientes

brinden información que no se animaron a dar frente al numeroso grupo de estudiantes. Así como también en ocasiones, el entrevistador puede “devolver” algo al paciente de lo que ha compartido con los estudiantes.

Asimismo es relevante sondear cuál fue la resonancia afectiva que el paciente imprime en el grupo. Todos estos son elementos que nos brindan datos semiológicos y aportan elementos para pensar hipótesis diagnósticas.

Othmer, E., Othmer, S.C.(2003) La entrevista clínica. DSM-IV-TR Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Masson

Capítulo 1. Estructura

Introspección y entrevista centrada en los síntomas

Existen dos tipos de entrevista utilizados por los profesionales de la salud mental:

1. la dirigida a la introspección (psicodinámica)
2. la centrada en los síntomas (descriptiva)

El enfoque centrado en los síntomas es mucho más compatible con el acercamiento descriptivo requerido por el DSM-IV-TR.

Ambos abordajes tienen ventajas y pueden ser integrados para desarrollar un estilo de entrevista que obtendrá información del paciente a muchos niveles diferentes.

La entrevista dirigida a la introspección parte del concepto de que conflictos profundamente arraigados, con frecuencia conflictos infantiles, llegan a ser elementos patogenos cronicos de la mente que interfieren en los actos del paciente, distorsionan sus percepciones y desembocan en síntomas, conductas desadaptadas y sufrimiento.

Trata de dejar al descubierto estos conflictos inconscientes y los trae a la conciencia del paciente con la esperanza de que los pueda resolver.

La entrevista dirigida a los síntomas parte del concepto de que los trastornos psiquiátricos se manifiestan con un conjunto de signos, síntomas y conductas características, un curso previsible, una respuesta al tratamiento de algún modo específico y a menudo una incidencia familiar.

El objeto de la entrevista dirigida a los síntomas es clasificar los síntomas y las disfunciones del paciente con arreglo a categorías diagnósticas definidas. Un diagnóstico de tales características ayuda a predecir el curso futuro (pronóstico) y a seleccionar empíricamente el tratamiento más eficaz, aunque tal vez no permita extraer conclusiones sobre sus causas.

En resumen, las entrevistas orientadas hacía la introspección y hacía los síntomas estan al servicio de diferentes objetivos dentro de la psiquiatría y la psicología. La entrevista dirigida a la introspección con un enfoque interpretativo explica signos, síntomas y conductas. La entrevista centrada en los síntomas con un enfoque descriptivo clasifica signos y síntomas en categorías de trastornos.

Ambos abordajes son compatibles y pueden ser usados eficazmente en conjunción el uno con el otro. Los profesionales de la salud mental parecen estar de acuerdo en que pueden entender mejor la personalidad del paciente, sus conflictos y problemas de la vida con un

enfoque psicodinámico, pero que los trastornos de la personalidad y las enfermedades psiquiátricas mayores son mejor evaluados con el método descriptivo.

En las consultas a menudo es posible observar una interacción entre conflictos interpersonales y alteraciones psiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos pueden avivar conflictos interpersonales y magnificar los existentes o evocar otros nuevos, mientras que los conflictos preexistentes pueden desencadenar un brote o agravar el curso de los trastornos psiquiátricos.

Entrevista para trastornos específicos

Cuando un paciente es difícil, el entrevistador experimentado cambia su estrategia. Si hurga en busca de conflictos o de síntomas, puede tropezar con la timidez del paciente, su repliegue o su hostilidad. Por tanto, la patología del paciente puede ser un obstáculo para el abordaje estándar utilizado con el paciente cooperador. Debe ajustar la estrategia de la entrevista a la conducta del paciente, típica de su trastorno.

Capítulo 2. Estrategias para la relación

Conseguir una buena relación se divide en seis estrategias:

1) lograr que tanto el paciente como usted se sientan cómodos
2) descubrir el sufrimiento y expresar compasión
3) evaluar la capacidad de introspección del paciente y convertirse en su aliado
4) demostrar pericia
5) establecer el liderazgo como terapeuta
6) equilibrar los papeles en el marco terapéutico

Lograr que tanto el paciente como usted se sientan cómodos

El paciente llega al consultorio con muchas dudas. Es su papel transmitir que usted percibe esas dudas, que está de su parte, respetandole a él y a sus preocupaciones e intentando ayudarle.

Por otro lado, para que usted como entrevistador se sienta cómodo, hay que tener en cuenta que el paciente notará inmediatamente su propia ansiedad y falta de control. El paciente es otro ser humano y generalmente necesita muchísimo ser comprendido. Comenzar la entrevista con una conversación fácil les ayudará a los dos a serenarse y a superar cualquier dificultad inicial. Su primer objetivo es simplemente formarse un juicio del paciente e iniciar una buena relación, sin llegar a un diagnóstico inmediato.

Una primera estrategia para que el paciente se sienta cómodo es pedirle información básica. Preguntarle al paciente como prefiere que lo llame, si por su nombre o su apellido, por ejemplo, le demuestra que no está tomando decisiones por él, sino que tiene en cuenta sus deseos.

Durante la conversación puede observar si en efecto el paciente se sienta cómodamente, como usted espera que haga, o si se pone más tenso. ¿Cómo sabrá usted qué hacer y cuándo? Interpretando las señales del paciente: su lenguaje no verbal, la voz y el modo de expresión.

Reconocer las señales

Cuando se ve a un nuevo paciente, es posible que él exprese su estado mental a través de señales o signos. Un signo es el lenguaje no verbal que a menudo es difícil de controlar. Le indica los sentimientos del paciente sin utilizar palabras. Puede usar tales indicadores en ese momento para lograr que el paciente se sienta cómodo y para tranquilizarle en el sentido de confirmarle que hizo lo correcto al venir a verle a usted. Las señales son de muchas clases:

1. Territoriales: locomotoras
2. Conductuales: psicomotoras
3. Emocionales: expresivas
4. Verbales: voz y modos de expresión

Cuando el paciente entre en su consulta, fíjese cómo se mueve en el nuevo territorio. Si el paciente es tímido procurará no acercarse a usted, quizás se sentará junto a la puerta, la mesa se convierte en una barrera física y emocional. En cambio, el paciente invasor se le acercara demasiado.

Su conducta psicomotora se corresponde con su conducta motora. El paciente tímido mirara hacía su falda, evitando contacto ocular. El invasor puede jugar con sus lápices o incluso poner los pies encima de su mesa.

Los signos emocionales se expresan en la postura del paciente, los gestos, la expresión facial, el contacto ocular y el tono de voz.

Un paciente, además, transmite señales verbales sobre su estado mental mediante la elección de sus palabras. Capte su vocabulario, especialmente sus metáforas. También ayudará entrar en la manera de pensar del paciente y experimentar su mundo.

Todos estos esfuerzos se suman para ayudar al paciente a sentirse cómodo ante usted. Descifrar sus señales, ayudándole a expresar su estado mental, será experimentado con gran alivio por el paciente. Se sentirá comprendido y usted habrá alcanzado su objetivo de establecer una sensación inicial de entendimiento.

Responder a las señales

Los cuatro tipos de señales impactan en seguida. Obtendrá usted una impresión inmediata. Su paciente estará tenso, ansioso, agresivo, eufórico, deprimido o relajado. Hay diferentes maneras de responder a esos signos.

Reconocer o responder a las señales o signos de su paciente es difícil si usted está tenso, preocupado o nervioso. Esto entorpecera sus esfuerzos por establecer una buena relación. No hará las preguntas adecuadas, dejará pasar los puntos más sutiles del estado mental o perderá contacto con el paciente debido a que concentra la atención sobre usted mismo. La mejor técnica para ayudarle a vencer la timidez e inseguridad es cambiar el centro de atención de usted a su paciente que sufre. Si está tenso, permítase escuchar a su paciente y evite ponerse bajo presión intentando encontrar la pregunta “correcta”. Una vez logre entrar de nuevo en el flujo de la experiencia del paciente, puede volver a un estilo de entrevista más directivo.

Descubrir el sufrimiento - mostrar compasión
Después de responder a las señales del paciente y hacer que se sienta cómodo, explore su sufrimiento. Hay en general dos aspectos en los problemas del paciente: los hechos y las emociones asociadas.

Los hechos pueden ser síntomas como pérdida de apetito, falta de aire, etc; puede haber estresantes como la muerte de un hijo, problemas matrimoniales u otros. Las emociones son los sentimientos que estos hechos suscitan en el paciente y le hacen sufrir.

En está fase inicial de la entrevista es más importante permitir que el paciente airee su sufrimiento que hacer una lista de sus síntomas.

Responder con empatía
Cuando el paciente exteriorice su sufrimiento, transmitale que le comprende. Muestre empatía, exprese su compasión. La investigación apoya está práctica clínica. De entre 19 criterios utilizados para elegir un médico, 205 adultos clasificaron la empatía como el segundo criterio más importante después de los conocimientos técnicos.

Demostrar pericia
La empatía puede ser muy valiosa, pero no es suficiente.

Capítulo 4. Tres métodos para valorar el estado mental

En el examen del estado mental es el aquí y el ahora lo que cuenta. Cuando se encuentra por primera vez con su paciente, inmediatamente comienza a percibir numerosos signos. Como entrevistador, su tarea es analizar estos signos como expresión del funcionamiento actual del paciente: su estado mental. Ello le proporciona la visión transversal de sus resistencias, debilidades y disfunciones.

La tarea de valorar el estado mental del paciente es posible observando su comportamiento mientras usted trabaja con diferentes niveles de comunicación.

Pueden encontrarse tres métodos para valorar el estado mental:

1. **Observación:** observe todos los aspectos de la presentación y comportamiento del paciente como apariencia, conciencia, actividad psicomotora y afecto, que se revelan en los primeros minutos de la entrevista.
2. **Conversación:** se refiere a una comunicación indirecta, casual con el paciente. Durante la conversación, usted aprecia su estado cuando está desprevenido e inicia ya el examen mental. Mientras conversa, puede valorar la orientación del paciente, el lenguaje, el pensamiento, la atención, la concentración, atención, etc. El paciente locuaz, hostil o cauteloso puede rechazar la exploración, pero no la conversación.
3. **Exploración:** es un método para acceder a las experiencias internas y ocultas del paciente, como el humor, la motivación, la percepción, el contenido del pensamiento, la introspección y el juicio. Para valorarlas, el paciente debe estar motivado a hablar. Si accede a hablar de sus problemas, usted está valorando síntomas.

Con la observación usted registra los distintos comportamientos e interpreta sus significados. En la observación no necesita la colaboración del paciente. En cambio, la conversación y la exploración dependen de la colaboración parcial o total de este. Por lo tanto tiene que establecer una relación con el paciente para que le revele la información que usted necesita.

Módulo 3 - Semiología. Principales áreas semiológicas. Concepto de agudeza y cronicidad

Bibliografía

Arevalo C., Couso, M, Prieto G, Rossi M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Diapositivas

Podemos definir a la semiología como el estudio de los signos y síntomas que pueden estar revelando una patología o enfermedad.

Existen diversos campos de aplicación para la semiología: social, cognitivo, lingüístico, etc

Alteraciones en patologías agudas o crónicas - desestructuración del campo de la conciencia

Psicosis aguda:

- Humor (mania, melancolia)
- Episodios delirantes (PDA, reagudizaciones de cuadros clínicos)
- Confusión mental

Cronicidad: afecta la organización de la personalidad. No está afectado necesariamente el campo de la personalidad.

Arevalo C., Couso, M, Prieto G, Rossi M. y otros (2011). Temas de Psicopatología: Semiología. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Semiología de las conductas

Cuando prestamos atención a las conductas de un sujeto, estamos prestando atención a su **hacer**, a su modo de existir. De alguna manera procuramos acercarnos al **ser**, al sujeto en sí, a través de su hacer.

Conducta: a pesar de las distintas definiciones que se han hecho sobre la conducta, lo que nos va a interesar a nosotros son *todas las manifestaciones del ser humano que fueren pasibles de ser observadas. Pero también, a efectos del estudio psicopatológico, nos interesa tanto saber lo que hace el sujeto, como lo que no hace.* Nos interesa, entonces, tanto el fenómeno en sí, como el fenómeno del no fenómeno.

Sentido de la conducta

Un fenómeno observado, al tiempo que es un signo que produce una persona y nos habla de está, también es un signo que adquiere un significado puntual de acuerdo a la personalidad que lo produce, la historia vital del sujeto y el contexto.

Entre las variables que intervienen en la manifestación de las conductas estarán las características de la voluntad en la acción. Diferenciar entre el carácter premeditado o impulsivo de una conducta será de importancia. Tendrá un significado diferente, desde nuestra perspectiva, que una acción sea planificada, a que sea resultados de una pulsión inconsciente irrefrenable.

En este sentido, podemos entender a la conducta como la síntesis del sujeto mismo en un momento dado. Es justamente lo que nos permite realizar un movimiento integrador entre el hacer y el ser.

Lo normal y anormal en las conductas

El tema de lo normal es muy complejo, y cuando nos adentramos en este podemos ver que la normalidad responde, mayormente, a criterios subjetivos y culturales. Lo normal en una cultura, puede ser anormal en otra, o inclusive anormal en esa misma cultura en otro momento histórico.

Otro aspecto relevante es, también, que no todo comportamiento por ser aceptado culturalmente, debería a los ojos de la ciencia ser admitido en forma automática como normal. Por contraparte, no todo comportamiento resistido por la cultura, debería ser tenido por está misma ciencia, como anormal.

A la hora de entrevistar un paciente, es importante valorar la individualidad del sujeto y la originalidad de su particular existencia. Puesto que siempre hallaremos conductas normales para la sociedad y otras normales para la originalidad de ese individuo específico. Es de suma importancia, en ese sentido, poder indagar sobre cómo vive el sujeto sus propios actos, ya que la forma en que lo vive nos da una información valiosa a la hora de pensar en la calidad de vida del mismo.

No se trata entonces de aplicar arbitrariamente nuestra idea de normalidad a un sujeto, sino de entender a la persona en sus valoraciones. Esto, sin resignar el mantenimiento de una cierta “lógica de la realidad y la salud mental”, que nos resguarden de caer en un relativismo que termine siendo perjudicial para el propio paciente.

Por último, con respecto a la idea de normalidad y anormalidad, nos gustaría referirnos en forma muy breve al criterio situacional y al criterio evolutivo. Sobre lo primero, agregar la idea que se debe tener presente la situación específica en la que suceden los actos. Nuestro espectro de comportamientos es bastante más amplio que lo que tenemos presente a diario y a veces las circunstancias hacen emerger comportamientos valorados socialmente, tanto como otros rechazados.

Sobre lo segundo, sobre el criterio evolutivo, es importante hacer hincapié que muchas conductas pueden ser normales en determinada etapa evolutiva y anormales en otras. No hay límites exactos en este sentido, ya que se trata de un continuum de desarrollo.

El conocimiento de las conductas
Acceder a las conductas de un individuo plantea algunas dificultades, dado lo amplio de las mismas. No solo debemos tomar lo que el paciente nos muestre, sino también lo que nos relate, y lo que nos puedan aportar distintos actores de su entorno como:

- Familiares o amigos
- Acompañantes terapéuticos si hay
- Personal de enfermería o asistentes sociales
- etc

Toda la información sobre los logros del paciente, nos dará pautas sobre sus conductas, habilidades y rasgos de personalidad. Son de particular relevancia las que conciernen a la esfera laboral y académica. También la información de pareja, familia y la participación en grupos. En está línea, todo dato sobre el pasado de la persona, es importante analizarlo en relación a su actualidad. Esto ayudará no solo a establecer mejor el diagnóstico, sino también su pronóstico y el tipo de tratamiento más eficaz.

Conductas basales

Son aquellas que se relacionan predominantemente con el área corporal, como el sueño, la alimentación y las funciones excrementicias.

Sueño: el dormir es ante todo una función fisiológica, que permite el descanso corporal y mental. La homeostasis humana necesita de la alternancia de sueño y vigilia, como proceso circadiano, para tener un equilibrio saludable.

Alteraciones del sueño: el insomnio y las hipersomnias son los trastornos del dormir poco y con dificultad por un lado, y el dormir mucho por otro. Las parasomnias por su parte, refieren mayormente a comportamientos que se dan en el sujeto dormido, como si este estuviera despierto.

- **Insomnio:** puede ser una manifestación de ansiedad, de alto estrés e inclusive estar anunciando un caso de pacientes con psicosis, una reagudización. La falta de sueño se da por ejemplo en las crisis maníacas, siendo el insomnio un elemento inicial que nos debe alertar, cuando se trata de una persona con antecedentes previos de crisis maníacas. A su vez, el insomnio es parte del síndrome melancólico.
- **Hipersomnia:** se puede asociar como una expresión de apatía y desinterés por el mundo externo o como forma evitativa. No solo implica dormir por largos periodos, implica también experimentar durante el día, periodos de somnolencia con dificultad para mantener el estado de vigilia.
- **Parasomnias:** son actividades propias del estado de vigilia, como hablar, pararse y caminar, saludar, buscar objetos e incluso orinar que el individuo realiza estando dormido. Son estados disociativos en los cuales estando en un sueño profundo, el sujeto no es consciente de estos actos.

Conductas asociadas
A la hora de indagar sobre el sueño, es importante no perder de vista los aspectos contextuales del mismo.

Alimentación: si bien comer es un acto básico para nuestra supervivencia y de aparente simpleza, cuando existen desafíos al equilibrio psicológico de una persona, el mismo tiende a presentar alteraciones en su natural ejecución.

Un hecho característico de los cambios en la alimentación, está dado por el rechazo a los alimentos. Por ejemplo, en la adolescencia, la pérdida de apetito puede referir a preocupación por la imagen corporal, ser un síntoma depresivo o inclusive resultado de la propia forma de organizarse del adolescente.

No solo es importante indagar el aumento o disminución de peso que se haya producido en los últimos tiempos, sino también asociar esas variaciones a cambios en otros aspectos.

Un elemento a tener en cuenta es la combinación con la alteración en el sueño, lo cual nos ayuda a plantearnos si estamos ante un cuadro depresivo.

Trastornos de alimentación
- **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por una restricción alimentaria que tiene por objeto la disminución del peso corporal. No implica una disminución del apetito, sino una preocupación por no engordar y disminuir de peso, que pone en juego el rechazo a comer y que puede ir acompañada de cierta hiperactividad. Se da mayoritariamente en mujeres adolescentes y jóvenes. Conlleva una distorsión de la imagen corporal. Quienes sufren este trastorno tienen un peso corporal inferior a la mínima normal para su edad y altura.
- **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por el comer en forma compulsiva alimentos en cantidades muy superiores a lo que las demás personas comerían en una ingesta. Esto tiene como segundo movimiento el establecimiento de conductas destinadas a compensar está ingesta y evitar la ganancia de peso. Lo más común es la provocación del vómito, pero también hay personas que tras estos atracones, toman laxantes o hacen ejercicio físico. Por lo general hay una sensación de pérdida de control, también cierta vergüenza y sentimiento de culpa. No es inusual por tanto, que la persona trate de ocultar está situación y a veces pasan años sin tratamiento.
- **Hiperfagia:** implica el consumo excesivo de alimentos, de acuerdo a la propia necesidad y a un patrón cultural general de consumo. La conducta debe ser reactiva a situaciones estresantes o traumáticas y deben dar como resultado la obesidad del sujeto.

Otras consideraciones sobre la alimentación
Cuando indagamos en la vida de un paciente, ver el lugar de la comida y su conexión con las relaciones familiares y sociales es un dato relevante.

Funciones excrementicias
- **Enuresis:** se define como la emisión activa, completa y no controlada de orina transcurrida ya la edad de madurez fisiológica.
- **Encopresis:** es análoga a la enuresis pero refiere a la materia fecal.
- **Coprofagia:** refiere a la ingesta de la propia materia fecal

Un primer punto a establecer cuándo estamos ante encopresis o enuresis de adultos, es si se trata de un hecho neurológico, una conducta inconsciente o una conducta voluntaria. Entre las situaciones claramente inconscientes podemos citar la enuresis nocturna de

adultos. La misma constituye una parasomnia que nos hace pensar en una etiología psicopatológica del fenómeno.

Conductas complejas

Pragmatismos ocupacionales

Lo ocupacional incluye tanto los estudios como la actividad laboral. Es importante, a su vez, conocer la evolución de las actividades de la persona y no solamente que hace en la actualidad.

Será importante en referencia a los estudios, conocer no solo el nivel de instrucción formal alcanzado sino también cómo fue este desarrollo. Particular atención se deberá prestar a la repetición de años, ya que las mismas pueden tener causas y/o consecuencias psicológicas.

En referencia a lo laboral, también será importante conocer el desarrollo de la persona en este campo. Las dificultades para mantener y/o conseguir trabajo pueden tener causalidad psicológica.

Es muy importante entender cómo ha sido la historia laboral de una persona con trastornos mentales graves, ya que a partir de ese desarrollo previo se podrán establecer objetivos de rehabilitación.

Pragmatismos sociales

Refieren a la capacidad para relacionarse con las diferentes personas de nuestros distintos círculos de interacción. Implican un saber actuar y comportarse, así como una capacidad de empatía para establecer vínculos, sean de amistad, pareja o de convivencia regular o transitoria. Implican aplicarse a la vida tanto de cooperación como de competencia, en el relacionamiento con los otros, siguiendo los usos sociales de su cultura.

La dificultad en los pragmatismos sociales disminuye las posibilidades de ser un participante activo de la sociedad.

Indagar sobre la vida de relación de un sujeto, nos dará elementos de su personalidad así como también puede estar marcando puntos de quiebre de estos pragmatismos.

Dentro de los pragmatismos sociales, constituir una pareja estable es un factor muy importante. Nos habla de una mayor capacidad de empatizar y a su vez de la posibilidad de salir de una postura egocéntrica y adaptarse a funcionar con otro.

Relacionamiento familiar: sienta las bases del relacionamiento social general. Los vínculos familiares ofrecen el modelo bajo el cual una persona establece sus otros vínculos. Sean un modelo a imitar o evitar.

Debemos indagar tanto los aspectos históricos del relacionamiento familiar, como el funcionamiento actual de la familia.

Generalmente se indaga por los antecedentes psiquiátricos de la familia, ya que estadísticamente se ha establecido una cierta vulnerabilidad genética con respecto a ciertas patologías. Estos datos son importantes, pero es además muy importante conocer cómo

vive el sujeto y cómo convive con su familia. Esto nos da una pauta de sus relacionamientos, sus conflictos y su nivel de autonomía.

Pragmatismos sociales en la actividad regular y transitoria
La capacidad de un sujeto para operar socialmente en circunstancias de la vida cotidiana es un tema de relevancia, al cual no siempre le prestamos la debida atención. Nos habla de un criterio de funcionalidad en sociedad, más allá del establecimiento o no de relaciones permanentes.

Indagar si el sujeto puede hacer un trámite, ir a una reunión o asistir al cine, nos habla de su personalidad y de qué tan afectados estan sus pragmatismos sociales.

Los investigadores que trabajan en el estudio del estrés hacen hincapié en prestar especial atención a las estrategias de “coping” (afrontamiento) de los individuos. Pensar en cómo alguien resuelve una situación, nos ofrece otra perspectiva de su ser.

Cuidado personal

Dentro del cuidado personal prestaremos atención tanto a los aspectos relacionados con la higiene, como a aquellos que denoten preocupación por lo propio. Al referirnos a lo propio, incluimos tanto los aspectos de salud física, como los relacionados con las actividades del sujeto.

La falta de higiene personal, falta de baño, mal olor, suciedad en la ropa, se ven muchas veces en cuadros de esquizofrenia como parte del ensimismamiento del sujeto.

La observancia del arreglo en el pelo y en los dientes también nos da la idea del cuidado personal. En algunos pacientes esquizofrénicos el descuido de las piezas dentales es notorio y puede inclusive ser discordante con un pelo engominado y mucho perfume.

Indagar sobre cuáles conductas son las habituales con respecto a la higiene y estética, nos pueden mostrar tanto la existencia de aspectos impulsivos (cambios extremos de tintura, cortes sorpresivos a mano propia, maquillaje en extremo llamativo, etc), como cierta distorsión de la imagen corporal.

Por el contrario, la higiene de una persona, cuando es extrema y sobrepasa la lógica preocupación por estar limpio, nos estará hablando de aspectos obsesivos. No es de extrañar que el propio paciente tenga conciencia de lo exagerado de sus medidas, pero que al mismo tiempo manifieste la imposibilidad de controlarse y la existencia de temores relacionados al no cumplimiento del acto de lavarse u otro. Estas situaciones se pueden ver en pacientes neuróticos obsesivos.

Accidentes
Los mismos no deben ser pasados por alto en la indagación ya que nos pueden aportar elementos clínicos valiosos en referencia al estado mental del sujeto en ese momento, sus aspectos impulsivos y la integración del hecho a su vida.

Si bien no debemos olvidar, que lo aleatorio es frecuentemente razón de accidente, muchas veces los mismos estan sostenidos en distracciones o actos, relacionados con motivaciones inconscientes para el sujeto.

Sexualidad

Debemos considerar primero la identidad sexual del paciente y segundo, la actividad sexual propiamente dicha.

Parafilias
Actualmente el DSM 4 presenta una categorización diagnóstica de las parafilias, basado en la existencia tanto de impulsos o comportamientos sexuales, como la existencia de fantasías que engloban tres aspectos:

a) objetos no humanos
b) humillación y sufrimiento propio o de la pareja
c) niños u otras personas que no consienten

Las parafilias más frecuentes de acuerdo al DSM 4 son:

- **Exhibicionismo:** implica mostrar los genitales a una persona extraña
- **Fetichismo:** es la excitación con objetos no animados. La masturbacion es un elemento central del fetichismo
- **Frotteurismo:** refiere a la excitación buscada en frotar los genitales contra el cuerpo de personas extrañas. Tiene su predominancia en la adolescencia
- **Pedofilia:** son relaciones sexuales de personas adolescentes o adultas con niños prepuberes. Esto implica una utilización del niño. Pudiendo haber desde conductas contemplativas con masturbacion, hasta penetracion vaginal o anal
- **Masoquismo sexual:** el individuo logra excitación a través de experimentar sufrimiento.
- **Sadismo:** es la contracara del masoquismo. La excitación sexual surge de la humillación o sufrimiento causado al otro.
- **Fetichismo transvestista:** consiste en usar ropa de mujeres y proceder a la masturbación excitado por el mismo como objeto sexual. Parecería ser específico de varones heterosexuales
- **Voyeurismo:** la excitacion surge de la observacion de personas teniendo relaciones sexuales o estando desnudas.

Es importante tener presente, que muchas veces un sujeto puede presentar más de una parafilia. A su vez, deben distinguirse de las parafilias, las conductas sexuales dentro de una relación sexual normal.

Disfunciones sexuales
Refieren a situaciones donde el funcionamiento de la relación sexual se ve alterado, no permitiendo la realización de la misma o dificultando la experimentación de placer.

Otras conductas a tener en cuenta

Dentro de la semiología de las conductas, son de particular interés aquellas actitudes y reacciones del individuo que atentan en forma directa o indirecta contra la integridad de sí mismo o de los demás.

Conductas autoagresivas
Entendemos éstas como aquellas en las que el individuo incurre y causa daño, dolor o mal de algún tipo, a si mismo. La conciencia sobre estos actos y la voluntad en su ejecución son factores a ser indagados.

Intentos de auto-eliminacion y suicidio: sobre el hay una serie de mitos, dentro de los cuales figura la erronea creencia popular, que quien expresa que se va a suicidar, no lo

hara. Siempre que un paciente manifiesta intención o la idea de suicidarse, aunque ésta sea vaga, debemos tomarlo en cuenta.

No hay que desestimar los intentos y simplificar diciendo que son “llamados de atención”. Deberíamos preguntarnos, sobre qué se quiere llamar la atención, prestar atención al sufrimiento subyacente del sujeto y tener presente, que muchas veces estos intentos terminan concretandose “exitosamente”.

Conductas parasuicidas: otras conductas a tener en cuenta son las parasuicidas, que implican conductas donde el individuo realiza acciones que lo pueden llevar a la muerte. No media una voluntad consciente. Característico de esto es el manejo imprudente, consumo abusivo de sustancias, deportes extremos, conductas sexuales de riesgo, etc.

Consumo de sustancias: será importante determinar si los pacientes presentan un consumo problemático, entendiendo a este como un consumo que le provoca problemas en cualquier área: laboral, académica, relacional, familiar, física.

Cuando una misma persona presenta problemas de consumo y trastornos mentales severos, estamos ante lo que llamamos patologías mixtas o duales. Estas situaciones de comorbilidad son altamente complejas, dificultan los aspectos diagnósticos, complican la adherencia a tratamientos y son de pronóstico difícil.

Conductas heteroagresivas
Refieren a aquellas en las que el individuo incurre y causan daño, dolor o mal de algún tipo, a otras personas o a la sociedad en su conjunto.

Un factor fundamental es la existencia o no de sentimientos de culpa por el daño causado a otros.

Observaciones finales

El estudio de las conductas es importante para establecer un diagnóstico acertado, pero más allá de esto, nos permite entender el funcionamiento de una persona en distintas áreas de su vida.

Psicopatologias: características

Esquizofrenia

Laboral: lo laboral va a estar marcado por un bajo rendimiento, debido al pobre nivel energético y a la posible desorganización.

Higiene: La falta de higiene personal, falta de baño, mal olor, suciedad en la ropa, se ven muchas veces en cuadros de esquizofrenia como parte del ensimismamiento del sujeto.

En algunos pacientes esquizofrénicos el descuido de las piezas dentales es notorio y puede inclusive ser discordante con un pelo engominado y mucho perfume.

En las mujeres y en los jóvenes en particular, el cuidado del pelo también es un punto muy importante que nos da información. Indagar sobre cuáles conductas son las habituales con respecto a la higiene y estética, nos pueden mostrar tanto la existencia de aspectos impulsivos (cambios extremos de tintura, cortes sorpresivos a mano propia, maquillaje en extremo llamativo, etc), como cierta distorsión de la imagen corporal. La “extravagancia”

puede estar marcada por un intento desajustado de estar bien vestido o de seducir. La misma nos remite a la esquizofrenia.
Sexualidad: la falta de deseo sexual puede ser indicativa de retracción esquizofrénica. La identidad sexual puede estar perturbada en pacientes esquizofrénicos y tender a ser una preocupación.
Intentos de auto-eliminacion y suicidio: algunos pacientes esquizofrenicos realizan intentos, pero estos algunas veces presentan caracteristicas bizarras y poco practicas. Muchas veces son movidos, por sentimientos depresivos asociados a la percepción del propio quiebre existencial.

Pragmatismos sociales: los pacientes con esquizofrenia muchas veces transcurren sus días centrados en sus pensamientos, lejos del contacto con el otro. El enclaustramiento se da en forma frecuente. La vida de relación queda muchas veces en la mínima expresión.

Ansiedad

Higiene: La onicofagia (comerse las uñas) es una conducta que está asociada a la ansiedad.
Las personas con trastornos de ansiedad, no es raro que presenten preocupación por alteraciones del sueño, problemas digestivos, palpitaciones, arritmias.
Sexualidad: con respecto a las disfunciones sexuales, en el hombre la falta de erección o erección no completa pueden ser indicativos de ansiedad. Otras disfunciones tienen como eje la dificultad en el orgasmo (tanto femenino como masculino) y en la eyaculación precoz. Estas situaciones pueden darse por elementos de ansiedad.

Pragmatismos sociales: hay personas que mantienen relaciones estables con pares, familias o pareja, pero que también presentan dificultad en asistir a reuniones o inclusive a entrar a una tienda de ropa. Esto nos puede estar hablando de un trastorno de ansiedad generalizada.

Depresión

Sexualidad: la falta de deseo sexual puede ser indicativa de estados depresivos
Intentos de auto-eliminacion y suicidio: los intentos de auto-eliminacion en la historia de vida de un sujeto nos pueden estar hablando de cuestionamientos existenciales o de estados depresivos. En los adultos mayores, muchas veces los intentos son largamente planeados y estan motivados por estados depresivos asociados a la percepción de la propia pérdida de capacidades.

Neurosis obsesiva

Higiene: La higiene de una persona, cuando es extrema y sobrepasa la lógica preocupación por estar limpio, nos estará hablando de aspectos obsesivos. No es de extrañar que el propio paciente tenga conciencia de lo exagerado de sus medidas, pero que al mismo tiempo manifieste la imposibilidad de controlarse y la existencia de temores relacionados al no cumplimiento del acto de lavarse u otro. Estas situaciones se pueden ver en pacientes neuróticos obsesivos.
Sexualidad: la aversion al sexo, que implica un rechazo activo a las relaciones sexuales, puede etar relacionados con rasgos obsesivos o fobias especificas, donde lo que se rechaza en ultima instancia son elementos especificos como fluidos corporales

Conductas autoagresivas: los actos compulsivos de los obsesivos, como lavarse las manos exageradamente o morderse los dedos, pueden resultar en lesiones menores.

Melancolía

Higiene: El desgano general, característico de la melancolía, conlleva una pérdida en el cuidado personal y en la higiene.

Intentos de auto-eliminacion y suicidio: hay que tener especial cuidado en la melancolia y estar atentos durante los periodos de mejoria. Un revés en está mejoría puede llevar al individuo a tener un impulso suicida.

Demencias

Higiene: En las demencias se ve bastante desarreglo y falta de higiene. Esto no solo atañe al baño, sino también a la forma de comer, dormir o inclusive a otras áreas como los cuidados higiénicos necesarios ante resfriados, diarreas, etc.

Accidentes: las dificultades en la memoria inmediata, en la fijación del recuerdo, llevan al sujeto a olvidos que se tornan peligrosos. Algunas veces, las dificultades en aceptar las limitaciones llevan a la persona a realizar actos difíciles para ella. Aparece una actitud oposicionista ante indicaciones del entorno, realizando tareas que doctores o familiares le han indicado no realizar.

Disforia de género (disconformidad por la diferencia existente entre su género biológico y el que siente como propio)

Sexualidad: El vestirse con ropa característica del otro género es uno de los elementos clínicos más comunes en la población con disforia de género. Ademas hay otros elementos como los getos, el pelo u objetos asociados al otro sexo, como carteras, etc, asociados al otro genero, que tendremos en cuenta. No es de extrañar que el paciente haga referencia expresa a su disforia de género.

No son importantes experiencias aisladas de travestimos. El trastorno debe estar presente por al menos dos años para considerarse tal y no deben haber anormalidades en la presentación física o genética (hermafroditismo).

Crisis maniacas

Accidentes: serán de particular interés los accidentes que de alguna manera comprometen la integridad física de sí mismo o de su entorno. En la indagación pueden aparecer accidentes donde el sujeto no valoró los riesgos en sus actos o fueron resultado de su exaltación del humor. En estos casos pensaremos en posibles crisis maníacas.

Psicóticos

Conductas autoagresivas: el daño corporal auto-infringido responde muchas veces al resultado indirecto de experiencias delirantes, donde el sujeto actúa de acuerdo de su delirio.

De acuerdo a Pardo (2007) un paciente con síntomas psicóticos tiene serias dificultades en diversas áreas: deterioro en el cuidado personal, problemas con la familia, consumo de sustancias psicoactivas, victimización por parte de terceros, sobre todo en la calle, eventual peligro para terceros, etc.

Pragmatismos sociales: la tendencia al autismo, a la retracción social pautaran un antes y un después en los pragmatismos sociales. Si bien en las historias de los pacientes psicóticos, una cierta introversión y retracción se encuentran comúnmente en el carácter previo a la irrupción de la enfermedad, una vez que esta se manifestó, dicha retracción se consolida y llega a extremos.

Antisocial

Conductas heteroagresivas: los rasgos del antisocial, lo llevan a no tener empatía por las víctimas de sus actos, los cuales igualmente puede entender como injustos o agresivos para con los demás.

Conciencia: definición y consideraciones generales

El campo de la conciencia como área semiológica

Definiciones de conciencia hay varias y muy diversas, por lo que resaltaremos los aspectos que entendemos hacen a la conciencia como área semiológica, para así describir sus alteraciones.

Un sujeto posee una adecuada capacidad de personificación, es decir la organización de la experiencia inmediata en el aquí y ahora, en la medida que a lo largo de la entrevista logra dar cuenta de los siguientes aspectos:

- Orientación autopsíquica: sabe quien es
- Orientación alopsíquica: reconoce el entorno
- Orientacion temporo espacial: se ubica en relación al tiempo y al espacio
- Capacidad de discriminar y mantener separadas sus vivencias internas de las representaciones que constituyen la realidad externa y compartida
- Capacidad para dar cuenta de la vivencia de continuidad entre las experiencias pasadas, las del presente y las de sus proyectos hacía el futuro

Frente a la alteración de alguno o de todos estos niveles plantearemos que nos encontramos frente a un trastorno de conciencia.

Campos de la conciencia y normalidad

La conciencia normal atraviesa diversos estados que van, en sus extremos, desde la vigilia hasta el dormir:

- **Lucidez del campo de la conciencia:** se considera que un sujeto se presenta lúcido cuando es capaz de distinguir con claridad ante sí mismo lo que piensa, sabe, desea, sus acciones y vivencias. Una primera condición de esto es la vigilia, sin la cual no es posible que se den estos procesos. Un sujeto se presenta lúcido cuando es capaz de reconocer y reflexionar sobre problemas, teniendo como consecuencia la posibilidad de registrar y recordar posteriormente lo vivido.
- **Fases parahipnicas:** en los momentos de pasaje hacía el despertar o la conciliación del sueño, en la fases hipnagógicas (conciliación del sueño) o hipnopómpicas (despertar) se produce una desestructuración de la conciencia que en estados normales puede presentar ilusiones y alucinaciones que son breves y de baja intensidad.
- **Sueño:** implica la suspensión de la conciencia acompañada de una resolución del tono muscular

El campo de la conciencia y sus alteraciones

Las alteraciones de la conciencia y las perturbaciones del estado de conciencia no solo se dan por causas muy distintas, como una conmoción cerebral, efectos tóxicos o reacciones psíquicas anormales, sino que también se dan en sujetos sanos, en el dormir y soñar, o en estados hipnóticos.

Los pacientes con trastornos de conciencia, en general tienen dificultades para reconstruir y contarnos lo que les sucedió.

Alteraciones de la conciencia y las patologías agudas o crónicas

La organización patológica de **ser consciente** implica patologías crónicas como la psicosis, la neurosis o las agenesias de la personalidad. Se entiende por **crónico** una organización estable, durable, en algunos casos progresiva, que modifican profundamente la existencia, es decir el sistema relacional del sujeto con el mundo y consigo mismo.

Por otra parte las alteraciones del **campo de la conciencia** se refiere a las desestructuraciones de dicho campo, que se observan en los estados de agudeza, por lo que estas desorganizaciones se pueden observar tanto en reagudizaciones de las patologías crónicas como en patologías agudas. Se entiende por **agudo** aquel estado transitorio o crisis, que contrasta con el comportamiento habitual del paciente, que se caracteriza por su variabilidad en las distintas áreas semiológicas y remisión espontánea.

Psicopatología del campo de la conciencia

Los trastornos de conciencia: si bien existen múltiples alteraciones del campo de la conciencia, distinguiremos entre ellas los llamados trastornos de conciencia, caracterizados por su relación con cuadros nosográficos particulares.

Trastornos de conciencia confusional (estados confuso-oníricos)

Se pueden distinguir la confusión que se presenta a nivel de la conciencia del delirio onírico que se presenta a nivel del pensamiento.

La confusión: se caracteriza por la disolución más o menos completa de la conciencia, trastocando profundamente la percepción de la realidad. En los estados de confusión es imposible organizar las perspectivas temporo-espaciales, observándose una importante desorganización temporo-espacial. Los acontecimientos se dan sin espacio ni tiempo, todo lo que el sujeto manifiesta es de una violencia separada de la realidad. El paciente se presenta como sonámbulo, embolado, extraviado, su desorientación auto y alopsíquica no le permite contestar como se llama, su edad, dónde vive, no reconoce a sus familiares, etc.

Este tipo de trastorno de conciencia es el que pueden tener las personas mayores cuando se pierden dentro de la casa.

La experiencia confusional presenta carácter amnésico, una vez reincorporado al presente, el sujeto ha perdido todo recuerdo de las escenas oníricas vividas, lo vivido no es retenido y no podrá ser recordado.

Delirio onírico u onirismo: generalmente se encuentra asociado a la confusión mental. Las imágenes que se le presentan al sujeto son caóticas y vividas como una película incoherente, con una importante intensidad afectiva, con emociones de ansiedad, terror, cada vivencia se impone con un realismo indiscutido, por falta total de juicio. Lo llevan a tener expresiones psicomotoras (agitación). Delirios místicos, eróticos, de terror. Posibles alucinaciones cenestésicas, visuales, auditivas. El sujeto frecuentemente relata, a medida que va viviendo, y es casi siempre posible entrar en su propia experiencia por medio de la comunicación del examen clínico.

Las hipótesis diagnósticas frente a un cuadro que presenta un trastorno confusional, deben apuntar en primer lugar a una patología orgánica, como un cuadro degenerativo por demencia o un tumor cerebral, o por intoxicación alcohólica. También se deben tener en cuenta otros factores endógenos como problemas en el metabolismo.

Trastornos de conciencia oniroide (estados oniroides)

Se define por la incapacidad del sujeto de mantener separado su mundo interno, sus vivencias internas del mundo compartido, de la realidad. Las barreras que permiten distinguir entre el adentro y el afuera se vuelven más permeables, quedando la realidad invadida por las vivencias del sujeto. El sujeto se entrega a ciertas fantasías, e injerta en la realidad de su medio una verdadera “ficción vivida”, siempre incomprensible al espectador, por tanto el acontecer de la experiencia delirante se desarrolla en un espacio intermedio entre el mundo interno y el externo.

Está experiencia vivida es pasible de ser retenida por la memoria del sujeto, porque, a diferencia del confuso, estas experiencias no estan separadas radicalmente de la existencia.

El paciente varía entre estados de lucidez y perplejidad, oscila entre la captación de la vivencia delirante y una aparente lucidez. De este modo, los pacientes pueden encontrarse correctamente ubicados temporo-espacialmente hasta llegar a momentos de confusión.

La atención varía entre estímulos externos e internos vividos como externos. Presencia de alucinaciones. Tiene formas angustiosas, expansivas e imaginativas y formas con síndromes de despersonalización o de interpretación.

Constituyen episodios delirantes agudos o reagudizaciones de delirios crónicos.

En situación de entrevista, si encontramos que el paciente presenta una semiología agrupable en un trastorno de conciencia de tipo oniroide, nos plantearemos la hipótesis de una **psicosis delirante aguda,** o un cuadro delirante crónico como por ejemplo una esquizofrenia paranoide, parafrenia, entre otros.

Trastorno de conciencia ético-temporal

Es el grado de menor desestructuración del campo de la conciencia. Se caracteriza por la desorganización de la conciencia por su componente afectivo, encontrándose trastocada en su temporalidad, no en el sentido cronológico del tiempo, sino en su posibilidad de ubicarse en lo vivido.

Está dado por una dificultad de ubicarse en la situación de aquí y ahora, de vivirse como un continuo en relación con su historia pasada y su capacidad de proyectarse hacía el futuro. El sujeto queda atrapado en una situación del pasado, con un afecto depresivo **(melancolía)**, o en una proyección del futuro, con una exaltación del humor **(manía).** Por ejemplo, un paciente que está atravesando una crisis de manía, cuando se le pregunta por su infancia responde: “la semana que viene hacemos un asadito en casa y ahí les muestro todas las fotos que quieran”.

El componente ético refiere a la dialéctica entre el deseo y el deber, existiendo según la patología, una predominancia casi absoluta de un aspecto sobre el otro:

- **El paciente maníaco** se libra a todas las actividades que le resultan placenteras, para él no existen obstáculos, borrando todas las distancias con el futuro que aparece como actual. Deseo desenfrenado.
- **La melancolía** sumerge al sujeto en el pasado, el remordimiento y la culpa por lo que debería haber hecho, o lo que hizo mal. Detiene el tiempo en su pasado. Este pasado está aquí como una obsesión, en la que se coagula toda posibilidad de transformación y de cambio.

Memoria, atención y lenguaje

La memoria, la atención y el lenguaje se caracterizan por ser conscientes (por momentos), aprendidas y modificarse en el curso de la vida. Forman parte de un conjunto de fenómenos psíquicos (percepción, imaginación, lenguaje, sentimientos, humor, etc) que constituyen el campo de la conciencia, es decir, la experiencia actual vivida.

Entendemos que pese a tener una base orgánica, no siempre se reducen a una pura acción de diversas estructuras del SN, sino que se encuentran comprendidas dentro de la complejidad psíquica.

Memoria

La memoria es fundamental para establecer la continuidad del yo en el tiempo, para poder vivenciar el sentimiento de sí mismo como un sujeto particular.

Para la actividad psíquica es fundamental la posibilidad de recordar, así como la posibilidad de olvidar para poder así dar lugar al dinamismo psíquico, hablamos aquí del olvido natural o normal.

Semiología de las alteraciones de la memoria

Alteraciones cuantitativas:

- **Amnesia anterógrada (o de fijación):** es la imposibilidad de retener, fijar nuevos recuerdos luego del evento amnesiante
- **Amnesia retrógrada (o de evocación):** es la imposibilidad de evocar recuerdos previos al evento amnesiante
- **Amnesia antero-retrógrada o global:** afecta tanto la capacidad de fijación como la de evocación
- **Amnesias electivas o selectivas:** implican la pérdida de recuerdos o de conocimientos que se cree firmemente que se poseían, podemos dentro de ella diferenciar:
    - **Amnesia verbal o afasia**
    - **Amnesia visual o agnosia**
    - **Amnesia motriz o apraxia**
    - **Amnesia nominal u olvido de nombres**
    - **Amnesia lacunar** que refiere a la pérdida de recuerdos referidos a un periodo específico con mantenimiento de los recuerdos previos y posteriores
- **Amnesia psicógena:** de causalidad psíquica, en ella no se pueden recordar hechos pasados debido a una situación traumática o para obtener un beneficio.
- **Amnesia disociativa:** forma parte de las amnesias psicógenas y refiere a episodios de olvido de recuerdos personales importantes, generalmente vinculados a hechos traumáticos o estresantes
- **Amnesia masiva o generalizada:** implica el olvido de un tiempo largo de su pasado, es más raro que olvide todo su pasado

Diferencias entre amnesias de origen orgánico y psicogeno

Amnesias de origen orgánico	**Amnesias de origen psicógeno**
Se evidencian otros síntomas cognitivos y conductuales de orden orgánico como demencias, psicosis confusionales o epilepsia	No se encuentran otros signos o síntomas de origen orgánico pero sí se pueden asociar otros de origen psicógeno aunque también pueden parecer normales y desempeñar las tareas correctamente.
Existencia de traumatismo craneal, generalmente no suele durar más de una semana	Se encuentra vinculada a sucesos traumáticos (generalmente es selectiva) y su duración es variable, suele estar relacionada con los beneficios que está conlleva
Puede asociarse a migrañas, crisis epilépticas o intoxicación por sedantes. El sujeto se preocupa por su falta de memoria, mantiene memoria de identidad, es común en personas entre 60 y 70 años	No se encuentran muy preocupados, hay pérdida de identidad, de memoria selectiva, y es más frecuente en personas entre 20 y 40 años
Existen amnesias de origen orgánico como la demencia donde no existe posibilidad de recuperar lo que se perdió	Generalmente la amnesia desaparece en forma abrupta y la recuperación es completa

Alteraciones cualitativas:

- **Paramnesias:** falsificación del acto mnésico o distorsión del recuerdo
    - **Falsos reconocimientos:** afecta al reconocimiento y a la localización por lo que se genera la sensación de conocer a personas que no se conocen
    - **Fabulación o confabulaciones:** invención de recuerdos inexistentes para llenar “lagunas mnésicas”, es decir toma como auténticos los elementos de la fantasía y la imaginación
    - **Deja vu:** sensación frente a una situación nueva de ya haberla vivido, generalmente se acompaña de extrañeza

Características de las alteraciones de la memoria en algunas patologías

Histeria: excluye y reprime lo que no les es grato. Presenta amnesia de origen psicógeno que se puede relacionar con ventajas relacionadas con el olvido. Afectan casi siempre de forma retrógrada, llegando en algunos casos a ser totales

Paranoia: se caracteriza por lo preciso de los datos respecto a las fechas, lugares, acontecimientos, que son conservados de modo sumamente detallista, sobre todo si se encuentran relacionados con hechos vinculados a la temática delirante.

Esquizofrenia: llama la atención su capacidad para recordar con exactitud determinada información generalmente previa al desarrollo de la patología y que no aporta datos relevantes (hora del casamiento, etc), a la vez que la memoria se ve afectada debido a la alteración y deterioro global del pensamiento, lo que no le permite reconstruir en forma adecuada fragmentos de su vida que dan cuenta de quién es o de su historia

Mania: se ve aumentada la capacidad de evocación pero disminuye la capacidad de fijación

Neuróticos, hipocondriacos: su atención se encuentra centrada en temáticas afectivamente más importantes para el sujeto, lo cual genera la vivencia subjetiva de disminución de la capacidad de evocación.

Melancolía: debido a la inhibición psíquica general, la memoria suele presentar déficits, siento muy penosa la evocación, salvo en lo que refiere a los recuerdos dolorosos que se presentan con una fuerza inusitada (recuerdos de faltas infantiles que son vividos con la fuerza del presente), u otros hechos que por lo general son insignificantes fuera de la valoración patológica del sujeto

Demencia: la pérdida de memoria es uno de sus primeros síntomas, aspecto que en un principio el sujeto se afana por ocultar.

Atención

La atención se define tanto como una capacidad, como una actitud mental, como un proceso psicológico mediante el cual el sujeto puede dirigir, centrar la actividad psíquica sobre un objetivo o estímulo. La concentración es la capacidad, exclusiva del ser humano, de mantener la atención sobre un foco de interés determinado y se caracteriza por ser voluntaria.

Estudiar la atención en forma aislada se hace particularmente difícil, ya que casi no es posible estudiarla en estado puro debido a que siempre está entremezclada con otros procesos psíquicos. Por ejemplo hay autores que plantean que no puede separarse de la percepción, ya que para orientarnos a un fin debemos percibirlo, asimismo es indivisible del estado de ánimo del sujeto (angustia, ansiedad, etc) y de su funcionamiento psíquico general (inteligencia, psicopatología, etc), también influye en el proceso de memorización, en tanto que si se encuentra alterada también alterará la memoria, y en los procesos de pensamiento, en la medida que permite la reflexión.

La capacidad de la atención depende tanto de fenómenos internos del sujeto (lucidez de la conciencia, voluntad, cansancio, etc) como de fenómenos externos (estímulos, novedad, etc).

Semiología de las alteraciones de la atención

El término “prosexis” proviene del griego y significa “volver la mente a la atención, dedicarse, estar involucrado”

- **Aproxesia:** falta absoluta de atención que solo se encuentra en los estados de sueño o en el coma
- **Hipoprosexia:** disminución de la capacidad para atender tanto para la atención voluntaria como involuntaria
- **Hiperproxesia:** aumento en la capacidad de atención involuntaria sobre la voluntaria, cambiando constantemente la dirección en función de los estímulos
- **Distraibilidad patológica:** implica mantener el mismo interés o grado de concentración en más de una idea
- **Hipermetamorfosis:** aumento de la atención espontánea sobre la voluntaria lo que tiene como consecuencia que el sujeto se desconecte de la situación que capta su atención, pero a diferencia de la hiperprosexia no es posible provocar su atención
- **Concentración disminuida:** incapacidad para orientar la atención voluntaria sobre objetos que son de interés para el sujeto

Características de las alteraciones de la atención en algunas patologías

Mania: presenta un aumento de la atención involuntaria, por lo que es captado por todos los estímulos tanto internos como externos. La atención voluntaria se encuentra prácticamente abolida. Este tipo de atención implica que la posibilidad de fijar información durante la crisis se vea deteriorada, con lo que el sujeto tiene una vivencia borrosa de lo que sucedió

Melancolía: la atención a estímulos, que no se encuentren relacionados a la temática melancólica, se ve disminuida. Se encuentra concentrado en temáticas que lo atormentan, es como si perdiera la capacidad de reaccionar más que a lo que lo preocupa.

Estados de confusión: se caracterizan por la dificultad en captar su atención, ya que está es tomada por distintos estímulos muchas veces imperceptibles para el entrevistador, se presentan indiferentes, atontados o ansiosos.

Esquizofrenia: como todos los procesos psíquicos que implican finalidad y direccionalidad la atención voluntaria se encuentra en déficit. Existen variaciones de la atención que por momentos se presenta como abolida (el sujeto parece no prestar atención, pero al preguntar ha recepcionado más datos de los que parecía); por otro lado puede presentarse sumamente atento a aspectos del entorno que puedan resultar persecutorios, o concentrarse solamente en la temática delirante que le ocupa.

Neurosis obsesiva: la atención voluntaria se puede ver afectada por la aparición de las ideas obsesivas que se le imponen al sujeto

Neurosis: se pueden encontrar olvidos de distinta magnitud, ya que es probable encontrar que el sujeto concentra su atención en los temas que le preocupan, disminuyendo la atención frente a estímulos externos

Psicos delirantes agudas: presentan hipoproxesia pero se muestran tomados por la vivencia delirante, la atención recae en aquellos estímulos vinculados a las alucinaciones y a otros estímulos endógenos, así como sobre sus estados de reflexión delirante. La alteración de la atención incide entonces en la capacidad de fijación por lo que luego presentan recuerdos semejantes a un sueño.

Lenguaje

El lenguaje es un aspecto de la función semiótica en el que se maneja un código de signos arbitrarios que se combinan según leyes particulares estructuradas por la inteligencia. El ser humano tiene la capacidad innata de descubrir esas leyes, lo que le permite usar ese código para comunicarse con los demás miembros de su comunidad.

Es una de las manifestaciones por excelencia de la actividad psíquica, logrando a través de ella tener noticias del pensamiento. Si bien pensamiento y lenguaje se encuentran estrechamente unidos, no pueden reducirse el uno al otro, ya que cada uno mantiene una estructura particular.

Semiología de las alteraciones del lenguaje oral

Alteraciones de etiología orgánica:

- **Disartria:** alteración en la articulación de las palabras
- **Dislalia:** alteración en la pronunciación de uno o más fonemas
- **Afasias**

- **Disfemia:** alteración en la emisión de las palabras sin alteración de los órganos de la expresión (tartamudeo, balbuceo)

Alteraciones de etiología psíquica

- **Disfonía:** alteraciones del tono y timbre de voz
- **Disprosodia:** pérdida o alteración de la melodía normal en el habla
- **Bradilalia:** discurso enlentecido como consecuencia de la lentitud de los procesos psíquicos (estados depresivos, melancolías, esquizofrenias, demencias)
- **Verbigeración:** repetición de frases o palabras que pierden finalidad pero que tienen un contenido afectivo inmediato y accesible. Se observa sobretodo en Melancolías y también en Esquizofrenias
- **Verborragia (con y sin coherencia):** aceleración del flujo del lenguaje (esquizofrenia, estados maniacos o hipomaniacos)
- **Mutismo:** silencio debido a diversas causas
- **Ensalada de palabras:** mezcla incoherente de palabras y frases (Esquizofrenia, cuadros de alteración de la conciencia, demencia)
- **Detallismo:** excesiva inclusión de detalles que implican un relato que si bien no pierde la finalidad es comunicado en forma trabajosa (estados de manía, epilepsias, obsesivos)
- **Gritos, vociferaciones:** se presentan en los estados de agitación (manía, confusión, crisis de cólera y oposición en las esquizofrenias)

Alteraciones del lenguaje escrito

- **Alexia:** pérdida de la capacidad ya adquirida de leer
- **Agrafia:** pérdida de la capacidad ya adquirida de escribir
- **Dislexia:** alteración en la adquisición del código lecto-escrito
- **Disgrafía:** dificultades en la adquisición de la escritura causada por daño cerebral

Trastornos de la afectividad

Afecto y ánimo no son lo mismo. El afecto indica un sentimiento de mayor intensidad, en tanto que el ánimo implicaría un estado más sostenido y menos flexible.

La afectividad puede considerarse una actividad del psiquismo, tanto como pueden serlo la inteligencia o la percepción. Debe comprenderse el aspecto psicosomático de la misma. La vida afectiva origina contenidos singulares, estados comunicables y no comunicables, originales y que no pueden reducirse a otros procesos o estados.

Para Henry Ey (1965) la máxima interrelación entre el psiquismo y lo somático se manifiesta en la afectividad y solamente desde el punto de vista didáctico se podría dividir la afectividad en espacios independientes.

La psicopatología de la afectividad evalúa y analiza los aspectos emocionales y sentimentales del sujeto y además engloba diferentes funciones psíquicas tales como el estado de ánimo, las emociones, el humor, etc.

Algunos autores definen la vida afectiva como el conjunto de estados que el sujeto vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión verbal y no verbal (comunicatividad) y que se distribuyen en términos duales como alegría-tristeza, agradable-desagradable, etc. (polaridad)

1) La subjetividad es un componente esencial de los afectos, no es algo observable por los demás. Lo que se puede observar son las manifestaciones de esa experiencia a través de lo que el individuo comunica y expresa
2) La trascendencia es la ilusión recíproca que ejercen los afectos sobre otras dimensiones de la personalidad del individuo y sobre la orientación de su conducta
3) La comunicatividad es la influencia y participación de los afectos en la comunicación entre el individuo y el medio
4) La polaridad es la variedad cualitativa en que se manifiestan los afectos del individuo

Aspectos conceptuales

La semiologia de la afectividad implicaría diferentes conceptos que serian utilizados de manera indistinta aunque remitan a diferentes funciones:

- **Emoción:** es un estado de respuesta afectiva interna acompañada de síntomas somáticos, que se producen en forma súbita como respuesta a una vivencia interna o externa, y que tienden a mantener o neutralizar el acontecimiento desencadenante. Por ejemplo miedo, angustia, alegría. Son sentimientos intensos, breves y de aparición abrupta.
- **Sentimientos:** son estados afectivos complejos, estables, duraderos y menos intensos que las emociones. Constituyen la experiencia subjetiva de la emoción, presentan una mayor duración en el tiempo y no se acompañan de síntomas. Por ejemplo el amor, los celos, etc
- **Afecto:** es un sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o a una representación mental. Consiste en la respuesta emocional del paciente en el momento presente, según puede inferirse por su expresión global. Refiere a cambios más fluctuantes que las otras funciones psíquicas. Por ejemplo, la tristeza, alegría, etc. El afecto puede o no ser congruente con el humor.
- **Humor:** estado emocional basal del sujeto; equivalente en la mayoría de las clasificaciones a estado de ánimo. Es la emoción sostenida y persistente que se experimenta de forma subjetiva y que puede ser observada por los demás.

Dentro de las clasificaciones actuales, el DSM 4 define los afectos como patrón de comportamientos observables que constituyen la expresión de las emociones experimentadas subjetivamente. Sería la respuesta emocional del paciente en el momento presente. El afecto puede o no ser congruente con el humor.

Exploración de la afectividad

Los afectos tienen siempre una vertiente subjetiva y otra objetiva (se producen en lo interno y se expresan en el mundo exterior).

La exploración psicopatológica de la afectividad se basará en datos subjetivos referidos por el paciente (sentimientos, estado de ánimo, emociones), sin obviar aspectos más objetivos (Apariencia externa, actitud, expresividad).

Además debe incluir datos psicopatológicos referidos a otras áreas relacionadas con la afectividad, como la psicomotricidad, funciones cognitivas o la exploración del curso y contenido del pensamiento.

Otros datos importantes de recabar es la presencia de síntomas somáticos que pueden acompañar al estado afectivo, tales como las alteraciones del sueño, la alimentación, etc.

Alteraciones de la afectividad

Trastornos psicopatológicos de los sentimientos de estado

Trastornos de los sentimientos de estado experimentados como próximos al cuerpo:

- **Ansiedad:** trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos. Los cambios fisiológicos consisten en taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad, etc.
- **Tensión:** sentimiento de inquietud física.
- **Tristeza vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, decaimiento y abatimiento.
- **Alegría vital:** trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de alegría, optimismo, júbilo. Presenta una optimización exagerada, donde todo es posible de llevar a cabo con éxito, transmite una alegría que tiñe el ambiente y contagia a sus auditores.

Trastornos afectivos de los sentimientos de estado experimentados como menos próximos al cuerpo:

- **Euforia:** estado afectivo en el que el paciente vive un sentimiento exagerado de bienestar psicológico, no adecuado a la situación del momento
- **Afecto heboide:** estado afectivo que se caracteriza por una actitud de jugueteo, payaseo, falta de seriedad
- **Embotamiento o aplanamiento afectivo:** es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Bajo este término se entiende una deficiencia en la capacidad empática y de la modulación del afecto. Aparecen como fríos, indiferentes, indolentes, apáticos y se sienten distantes y lejanos. Este aplanamiento y lejanía del afecto pueden ser vividos tanto en relación con los demás como consigo mismo.
- **Apatía:** estado afectivo que se caracteriza por la ausencia casi total de la capacidad de respuesta emocional, tanto frente a sí mismo como frente al mundo que lo rodea.
- **Depresión:** es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que va desde la formulación de “yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado” hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible.
- **Ambivalencia:** estado afectivo que se caracteriza por la presencia simultánea de sentimientos opuestos
- **Irritabilidad:** estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sinnúmero de situaciones ante las cuales el paciente reacciona en forma impaciente, tenso y agresivo
- **Panico:** estado afectivo episódico en que el paciente vive una extrema, aguda e intensa ansiedad, con sentimientos de terror, síntomas autonómicos y deseos imperiosos de huir, acompañada de desorganización de la personalidad con gran menoscabo de la esfera cognitiva y total comando afectivo de la conducta
- **Pensamientos suicidas:** trastorno de la afectividad caracterizado por el deseo de no seguir viviendo a raíz de la pérdida de la capacidad de motivarse o entusiasmarse por la vida. Puede ir desde un estar hastiado de la vida, desear estar muerto y tener fantasias de inexistencia, hasta ideas autodestructivas, terminando en tentativas de suicidio

Trastornos psicopatológicos de los sentimientos de valor

Trastornos de los sentimientos de valor, experimentados en relación con vivencias de la propia valía:

- **Sentimientos de sobrevaloración:** es un estado afectivo habitualmente exaltado, el paciente siente que tiene capacidades por sobre lo habitual. Vive y expresa un elevado sentimiento de fortaleza y capacidad, en que se cree especial, confía en sí mismo en forma exagerada, se considera virtuoso, fuerte, sensato, etc
- **Sentimientos de minusvalía:** es un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente una desmesurada disminución de las capacidades psíquicas y físicas. Es un sentimiento de ser inutil, incapaz, indeciso, tonto e inescrupuloso. Pierde la confianza en sus capacidades en general.
- **Sentimientos de culpa:** es un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente remordimientos por acciones, pensamientos o actitudes pasadas, experimentando la necesidad de ser castigado por esto. Estos autorreproches son absolutamente desproporcionados en relación a los hechos objetivables.
- **Sentimientos de desesperación:** el paciente siente que ha perdido toda la esperanza, que su situación es dramática y no tiene ninguna solución.

Trastornos afectivos de los sentimientos de valor experimentados en relación a vivencias del valor ajeno:

- **Suspicacia:** desde un estado afectivo ya exaltado, deprimido o disforia, el sujeto siente, en un grado excesivo, que las actitudes, conductas y expresiones de los demás son apariencias que ocultan otra verdad en el fondo. Se vive una expectación negativa hacía los demás, que se traduce en una expresión de desconfianza
- **Hostilidad:** el paciente se muestra agresivo con los demás, poco cooperador, entorpecedor de la labor del entrevistador. Siente que el medio que lo rodea le es adverso y está en continua actitud de defensa y ataque.
- **Reticencia:** con un sentimiento de desconfianza extremo, el paciente se muestra abiertamente poco cooperador con el entrevistador. Ya sea desde mecanismos conscientes o inconscientes, adopta una actitud de reserva que puede ir desde evitar conversar ciertos temas, desviando la atención de su interlocutor, hasta el no emitir palabra, no realizar ningún gesto ni movimiento
- **Sensitividad:** estado afectivo caracterizado por molestia, irritabilidad y labilidad, como reacción frente a conductas, actitudes o verbalizaciones de los demás que el paciente siente como alusivas o provocadoras

Semiologia de la percepción

La percepción es un complejo mecanismo psíquico que posibilita el conocimiento del mundo y del propio sujeto. Implica la recepción de información y sensaciones (sensopercepción), la organización comprensible de los datos y su significación (representación).

Distinguimos la noción de percepción de la de representación. La sensopercepción es un reflejo fiel del objeto y no depende de la voluntad, implica exterioridad y corporeidad. La representación depende de la voluntad, carece de corporeidad y exterioridad.

La sensación es el elemento básico para la posibilidad de percibir, entendemos por sensación al registro en la conciencia de la estimulación producida en cualquiera de los aparatos sensoriales, que de inmediato es conducida a la corteza cerebral.

La percepción tiene un estrecho relacionamiento tanto con el área de la conciencia, como con la atención, está sobredeterminada por está última, ya que para percibir es necesario atender.

En el complejo proceso de percibir estan involucradas las sensaciones, la evocación mnemónica, la asociación de ideas y el juicio de realidad.

Podríamos considerar que para cada elemento del mundo externo existen apreciaciones compartibles, consensuadas que coexisten con apreciaciones personales, dadas por las variantes que cada sujeto imprime a las elaboraciones perceptivo-comprensivas de lo que nos rodea. Asimismo cada sujeto conforma su cuadro perceptivo individual sobre sí mismo, desde el cual conforma su percepción en gran medida del mundo externo. Si en líneas generales coinciden las percepciones de sujetos distintos es precisamente porque su actividad se desenvuelve en un marco de relaciones sociales que impone como criterios de verdad los parámetros que surgen de la práctica de esas relaciones.

Alteraciones de la sensopercepción:

Cuantitativas
Alteraciones normales:

- La concentración intensa puede generar sensaciones agudas inusuales: hiperestesia, agudeza visual. Esto puede evitar procesos sensoriales perceptivos de otra índole. Las alucinaciones negativas, por ejemplo.
- La estimulación insuficiente o excesiva de una modalidad sensorial, con demasiada intensidad pueden desembocar en distorsiones perceptivas en la mayoría de los sujetos.

Alteraciones patológicas:

- **Hipoestesia:** implica un retardo o disminución de la percepción. Por ejemplo, un sujeto deprimido percibe la ciudad gris, con tonalidades oscuras a pesar de que su capacidad visual este intacta.
- **Hiperestesia:** implica un aumento en las sensaciones y percepciones, en sujetos con una alteración del humor en más se observa está intensificación de las percepciones
- **Anestesia:** implica la imposibilidad de registrar emociones y percepciones
- **La abolición de la percepción** en general es producto de lesiones a nivel del SNC, provocando una apercepción psíquica: agnosia
- **Sinestesia:** alteración usualmente registrada por consumo elevado de marihuana y/o mescalina, es la sensación de la fusión de las modalidades sensitivas, por ejemplo registro visual de la música

Cualitativas
Las alteraciones cualitativas son las más consideradas en el estudio de la semiología

- **Anormalidades de la cualidad:** se trata de la extensión de determinado tipo de percepción a varios o a todos los demás ámbitos perceptivos. En el área de la visión se destaca la xantopsia o ceguera de los colores.
- **Anormalidades de la forma espacial:** dismegalopsias
    - **Micropsia:** los objetos se ven más pequeños o alejados
    - **Macropsia:** los objetos se ven más grandes
- **Distorsiones de la imagen corporal:** se entiende que la imagen corporal es una función de la autopercepción y la conciencia, conformada por componentes ideativos y perceptivos. Las alteraciones en la imagen corporal incluyen a las respuestas

normales a una amputación (percepción del miembro fantasma), como síntomas de trastornos psiquiátricos:
    - **Anosognosias:** negación de partes corporales
    - **Hemiagnosias:** negación de la mitad del cuerpo (izquierda)
    - **Prosopagnosia:** agnosia para rostros humanos
- **Pseudopercepciones:** son las malinterpretaciones de estímulos u objetos, existentes o no, con representaciones mentales más o menos definidas:
    - **Ilusiones:** se definen como la percepción falseada o deformada de un objeto real. Cuando la ilusión no es criticada por el juicio del sujeto pasa a ser un fenómeno patológico. Pueden producirse en cualquier órgano sensorial.
    - **Percepción delirante:** consiste en la falsacion del significado de una percepción existente.
    - **Alucinaciones:** son percepciones sin objeto. Refiere a una íntima convicción de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior propio para excitar está sensación está al alcance de su sentido. Por ejemplo, los pacientes esquizofrénicos pueden presentar alucinaciones olfativas o gustativas, en general vinculadas a los temores de envenenamiento.

Síndromes predominantemente alucinatorios

1) **Síndrome de automatismo mental:** está centrado sobre la producción espontánea, involuntaria y, en cierta manera mecánica de impresiones, ideas, recuerdos que se imponen a la conciencia del sujeto a pesar suyo. Se caracteriza por ser anideico: fenómenos alucinatorios puros sin contenidos delirantes.

   El síndrome incluye al **Gran Automatismo Mental,** que está compuesto por:

    - **Alucinaciones ideoverbales:** se trata de la presencia de alucinaciones acústicas objetivadas en el espacio; alucinaciones psíquicas o transmisiones del pensamiento. Usualmente las voces tienen contenido amenazador, a veces neutrales, raramente benévolas.

Incluyen:
- Enunciación, comentario de actos y del pensamiento
- El robo y la adivinación del pensamiento
- Ilusiones y extrañeza del pensamiento, de ideación impuesta, de telepatía
- etc

- **Alucinaciones sensoriales y sensitivas:** incluye alucinaciones parasitarias psicosensoriales, visuales, cinestésicas, que irrumpen como fenómenos sensoriales “puros”
- **Alucinaciones psicomotoras:** incluye manifestaciones cenestésicas, ya sea en el aparato fonador, ya sea en los miembros; sensación de imposición de actos y/o posturas, etc

El pequeño automatismo verbal: incluye el eco del pensamiento, el robo y la adivinación del pensamiento y el comentario e imposición de actos

2) **Síndrome de influencia:** se trata de una vivencia de influencia, en la cual el paciente está sometido a comunicaciones, a comando a distancia del pensamiento impuesto exteriormente. Se le adivina, se le roba, se le impone el pensamiento.

3) **Síndrome de Cotard:** síndrome delirante con ideas de condensación, de inmortalidad, con negación de órganos y/o percepción de putrefacción de los mismos. Característico de la melancolía delirante.

Semiologia del pensamiento

Pensamiento normal: se refiere al flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a un objetivo o idea directriz, iniciado por un problema o tarea, lo cual conlleva a arribar a una conclusión orientada hacía la realidad. El pensamiento es normal cuando las asociaciones y la utilización de símbolos se efectúan de una manera lógica.

La función del pensamiento es tramitar y resolver estímulos, a través de una lógica asociativa, con una cadencia y una secuencia no interrumpida.

Es finalista y con contenidos adecuados a la realidad.

En la semiologia del pensamiento tenemos en cuenta los siguientes aspectos:
- La **forma** del mismo
- Su **curso**
- Su **contenido**
- La **claridad o coherencia**
- La **riqueza**

Alteraciones formales del pensamiento (Alteraciones en su forma)

Las alteraciones formales del pensamiento estan estrechamente vinculadas a las del lenguaje, ya que son funciones íntimamente ligadas.

Alteraciones sintácticas:
- Fragmentación de las frases
- Reducción elíptica de las oraciones
- Desorden de los elementos constitutivos de la oración
- Ensalada de palabras o esquizoafasia

Evidencian, a nivel del pensamiento, una pérdida de la secuencia lógica y una carencia de las ideas directrices que lo regulan.

Alteraciones semánticas (o de significado)
- Neologismos
- Paralogismos
- Glosolalia

Consisten en una alteración del significado de las palabras o de las figuras del discurso. Se presentan en la **esquizofrenia**. En lo relativo al pensamiento evidencian un corte con la realidad compartida y en el contacto interpersonal. La presencia de neologismos y paralogismos implica un pensamiento que deja de construirse en contacto con los otros, que pierde los significados compartidos. El sujeto queda encerrado en su propio universo hermético, ininteligible.

Alteraciones de ilación

- **Trastorno de ilación o asociativo**

Un primer nivel de análisis del pensamiento consiste en determinar si está presente un trastorno en la asociación de las ideas.

El pensamiento adecuadamente organizado posee **ideas directrices** que comandan las secuencias asociativas. Posee una **finalidad** y una **intencionalidad** que lo hace comprensible al interlocutor. Estas ideas directrices nos permiten seleccionar entre lo que consideramos fundamental y lo accesorio, apartando esto último. Al expresar una idea a través del lenguaje surgen una serie de asociaciones accesorias que necesariamente son apartadas en pos de la claridad de lo que queremos expresar.

Está función puede estar alterada en diversos grados. En grados normales de fatiga, por ejemplo. Pero también existen alteraciones patológicas de la asociación de ideas, donde vemos que el pensamiento cambia constantemente de idea rectora, lo cual equivale a decir que ha perdido su capacidad de organizarse en función de una idea directriz.

Es así que surgen las asociaciones por contigüidad, por contraste, por semejanza o asonancia (palabras que suenan parecido) y se pierde la finalidad comunicativa, lo cual en un grado máximo implica que se torne incomprensible.

El trastorno en la asociación de ideas lo vemos en la **manía**, debido a la aceleración del pensamiento, y en la **esquizofrenia** debido al oscurecimiento del pensamiento.

La **circunstancialidad** a nivel del discurso pone en evidencia una alteración a nivel del pensamiento. Este presenta asociaciones estrechamente ligadas que alcanzan su objetivo, no perdiéndose la idea directriz, pero haciendo un largo rodeo a través de detalles irrelevantes. Es característica del pensamiento del **obsesivo.**

En la **disgregación** el pensamiento se oscurece al punto de volverse impenetrable. Se presenta en la **esquizofrenia**. La expresión del pensamiento a través del lenguaje ha perdido sus ideas directrices, su finalidad comunicativa en el vínculo intersubjetivo. Está se aprecia, sin embargo, en pacientes lucidos.

Alteraciones del curso del pensamiento

1) **Ritmo:**
- **Taquipsiquia:** acelerado
- **Bradipsiquia:** enlentecido

Aceleración del pensamiento

- **Fuga de ideas o taquipsiquia:** es característica de la **manía.** El paciente se presenta extremadamente locuaz, verborreico. Las ideas fluyen con gran velocidad y el paciente siente una imperiosa necesidad de expresión. Las ideas se enlazan a través de asociaciones superficiales, generalmente por asonancia, similitudes. Generalmente el discurso puede ser comprendido por el entrevistador. La aceleración del curso del pensamiento puede darse en otros cuadros de excitación: parafrenia expansiva, alcoholismo, etc.

Enlentecimiento del pensamiento

- **Bradipsiquia:** implica el enlentecimiento en el curso del pensamiento. Se observa fundamentalmente en los cuadros depresivos. El paciente puede presentar una latencia en la respuesta, es decir, demora en responder debido a la inhibición que presenta. El paciente deprimido generalmente presenta dificultad para pensar y concentrarse. El pensamiento se empobrece y se torna monótono, produciéndose una polarización de las ideas en función de las constelaciones afectivas de tonalidades depresivas.

  Hay distintos grados de enlentecimiento del pensamiento, los grados mayores del mismo se observan en la **melancolía**, donde la inhibicion es muy marcada, pudiendo llegar al grado máximo del estupor.

2) **Continuidad:**

- **Interceptación:** característica de la **esquizofrenia**, es una interrupción en el curso del pensamiento, retomando el paciente su discurso con una idea que no guarda relación con la anterior.
- **Incoherencias**
- **Discurso inentendible**

Alteraciones del contenido del pensamiento

En este nivel se encuentran las ideas, las cuales alteran o afectan en alguna medida el pensamiento, pero no todas poseen un carácter patológico.

A través del conocimiento que vamos adquiriendo del mundo y de nosotros mismos, vamos construyendo ideas y a su vez nos expresamos a través de ellas. Es decir, el origen de estas ideas se produce a través de la vivencia de la realidad, lo cual a su vez nos van a permitir ir constituyendo el juicio de la realidad.

Este juicio de realidad es el que nos permite ir construyendo nuestras ideas normales, nuestro capital ideativo. Si se produce un trastorno en el proceso de ideación, surgen entonces las llamadas ideas patológicas.

El capital ideativo normal se produce cuando la vivencia de la realidad es correcta y por lo tanto se producirá un juicio normal de realidad.

Si el juicio de realidad es erróneo, entonces las ideas que se construyan a partir de dicho momento, serán desviadas.

Existen ideas normales (concretas, abstractas, mágicas, creencias, intuitivas, sobrevaloradas), ideas patológicas e ideas delirantes.

Dentro de los trastornos a nivel del contenido del pensamiento o los trastornos en la ideación (o también llamadas ideas patológicas) se observan:

- **Ideas hipocondriacas:** tendencia a una excesiva preocupación por la propia salud, sin basamento orgánico real; sino que efectúan interpretaciones no realistas o anormales, de los signos físicos o de las sensaciones
- **Tendencia o preocupación del pensamiento:** concentración del pensamiento en torno a una idea concreta, en general vinculada a un componente afectivo, dentro de está podrían ubicarse las preocupaciones suicidas y homicidas o la tendencia paranoide

- **Ideas de muerte:** tendencia del pensamiento sobre una idea concreta y recurrente que gira en torno a la búsqueda de la muerte. En general son congruentes con el estado afectivo del paciente
- **Ideas obsesivas:** ideas que poseen la cualidad de ser intrusivas, inapropiadas y que poseen un carácter egodistónico; es decir le generan ansiedad y un malestar significativo al sujeto. El contenido de la obsesión escapa al control y no “encaja” dentro de los pensamientos que el sujeto podría tener. Igualmente las reconoce como propias y como producto de su mente. Los temas más recurrentes que se encuentran son: sobre contaminación, impulsos de carácter agresivo o sexual, necesidad de disponer un orden en las cosas, dudas repetitivas, etc. El sujeto emprende una lucha contra estas ideas, las cuales intenta ignorar, suprimir o neutralizarlos mediante otras ideas o actividades.
- **Ideas fijas:** son ideas parásitas que nacen a partir de un shock emocional y que se atenúan con el tiempo. Es una idea que persiste en la conciencia sin perturbar el pensamiento ya que no participa de sus elaboraciones y por lo tanto no condiciona la conducta. Surge como una representación persistente, debiendo está persistencia a la intensa carga afectiva que la acompaña. Es una idea parásita que se enquista en la conciencia sin perder la crítica de la misma. Tienden a invadir todo el intelecto.
- **Ideas erróneas:** no poseen las características de incorregibles e irreversibles de las ideas delirantes y pueden surgir por falta de inteligencia, falta de información y variaciones en el estado anímico. La mayoría de las veces será posible cambiarla bajo una correcta preparación pedagógica o tras un razonamiento adecuado.
- **Ideas fobias:** implican un marcado temor, persistente y excesivo o irracional, que surge en presencia de objetos o frente a situaciones específicas; o bien anticipando la aparición de los mismos. A su vez también la anticipación puede transformarse en el objeto de temor. El contacto con el objeto temido genera una respuesta de ansiedad. Son temores hacía un objeto reconocido como absurdo, independientemente de las características del objeto.
- **Ideación paranoide:** sospecha injustificada, sin base suficiente, de que los demás se van a aprovechar de ellos, que lo van a engañar o a hacerle algún tipo de daño. Estas ideas no conforman un delirio. Está ideación se encuentra en concordancia con las características de la personalidad del sujeto, donde predomina la suspicacia y la desconfianza

Ideas delirantes

Implican siempre una desviación del juicio de realidad. El sujeto no rectifica está idea a pesar de poseer una buena capacidad de comprensión, y no-insuficiencia en el juicio por bajo nivel intelectual. Es una idea que el sujeto reconoce y frente a la cual no aparece lucha. La idea delirante es un error patológico elaborado por un juicio perturbado, o por alteraciones perceptivas; está idea condiciona la conducta del enfermo que, convencido de su realidad lucha por defenderla e imponerla. La idea delirante en general es individual, no es compartida por personas del mismo nivel sociocultural, edad y época.

Semiológicamente definimos la idea delirante como: 1)incompartible, 2)ilógica, 3)irreductible, 4)que genera conductas, debiendo estar presentes las cuatro características.

Diagnósticos diferenciales

Entre idea delirante e idea obsesiva

La idea delirante se origina en los choques y reacciones del individuo frente al medio	La idea obsesiva se origina en el núcleo instintivo-afectivo
El error que encierra la idea delirante no es reconocido por el individuo	El error de la idea obsesiva es criticado y reconocido
La idea delirante es aceptada como una verdad y el sujeto se desvive por imponerla	La idea obsesiva se acepta como errónea y el enfermo lucha por apartarla
La idea delirante es producto de un juicio desviado	El control del juicio se mantiene pese a la idea obsesiva
La idea delirante es sostenida por una voluntad vigorosa	La voluntad es incapaz de rechazar a la idea obsesiva
La idea delirante se observa en los delirios	La idea obsesiva se observa en las neurosis obsesivas y en las neurosis de angustia

Entre idea delirante e idea sobrevalorada

La idea delirante se origina en choques ambientales	La idea sobrevalorada se origina en creencias que llevan a estados pasionales
La idea delirante es irreductible y no admite réplicas	La idea sobrevalorada permite que se la discuta y contradiga
La idea delirante es producto de un juicio desviado	La idea sobrevalorada no nace de un juicio alterado, se pueden tener ideas sobrevaloradas sin ser un alienado
Repercute sobre la conducta, pero la idea delirante coloca al sujeto en una posición activa, buscando pruebas y tratando de convencer	Repercute sobre la conducta, pero la idea sobrevalorada coloca al sujeto en una actitud más pasiva al no importarle al enfermo que los demás piensen de manera diferente

Entre la idea delirante y la idea fija

La idea delirante tiene origen en un shock emocional frente a la vida, por una perturbación del juicio que se desvía	La idea fija tiene origen en un shock emocional frente a la vida, por la reproducción de una representación mnemónica con juicio normal
La idea delirante es un error patológico	La idea fija es verdadera y está bien controlada por el juicio
En la idea delirante la carga afectiva se acrecienta o permanece estable	En la idea fija la carga afectiva se atenúa con el tiempo

Entre idea obsesiva e idea sobrevalorada

La idea obsesiva surge de los temores originados en el núcleo instintivo-afectivo	La idea sobrevalorada surge de las creencias
En situaciones afectivas la idea obsesiva lleva a la angustia, a la ansiedad y a la neurosis	En situaciones afectivas la idea sobrevalorada lleva de los estados pasionales a los delirios
La idea obsesiva inhibe la voluntad	La idea sobrevalorada supedita la voluntad a ella y, en parte condiciona la conducta

Experiencia delirante

En el caso de los delirios transitorios, también llamada “experiencia delirante” estos tienen la característica de ser vivenciados con gran monto de angustia.

Se describe como la capacidad de signar sin motivo adecuado una significación anormal a una percepción, representación o cognición a través de tres modalidades básicas de las vivencias:

1) las percepciones delirantes se caracterizan por atribuir una significación anormal a una percepción real
2) La no existencia de un motivo comprensible que la produzca
3) Las representaciones y cogniciones delirantes son producto de datos internos, de la imaginación o de la memoria que surgen súbitamente como una verdad irrefutable

Consiste en un profundo cambio con vivencia de extrañeza, generalmente angustiante, como el presentimiento de una catástrofe inminente. Es vivenciada dentro del campo de la conciencia como una experiencia irrefutable, que se relaciona con las reacciones afectivas.

Se caracteriza por ser polimorfa y alterar todas las áreas semiológicas, por la diversidad de los episodios que se suceden el sujeto presenta continuos cambios en el humor, a veces exaltado y expansivo; otras preso de una angustia próxima a la experiencia melancólica.

A nivel del contenido del pensamiento se observan oscilaciones en cuanto a las ideas delirantes, cuyas temáticas son muy variadas: persecución, grandeza, envenenamiento, etc.

Existe, asimismo, yuxtaposición de fenómenos, intuiciones, convicciones que irrumpen en el psiquismo; numerosas alucinaciones con predominancia de lo auditivo, pero en su mayoría pseudoalucinaciones.

Las ideas delirantes aparecen también con su característica de irreductibilidad a la lógica, no compartible, pero puede aparecer la duda, porque no es un sistema estructurado y sistematizado, entonces, en determinados momentos puede dudar y en otros parece tener una convicción acerca de esa realidad.

Las conductas basales como el sueño y la alimentación se encuentran alteradas, surgen trastornos digestivos.

Delirio

Etimológicamente significa “desviarse”. Se entiende como un estado más o menos temporario de perturbación mental caracterizado por: confusión, desorientación, intranquilidad motora, trastorno de lenguaje y a menudo, alucinaciones.

El delirio no es una forma de ignorar la realidad, sino otra manera de percibirla y vivirla. Constituye:

- Un error patológico persistente
- Producto de un juicio desviado
- Irreductible a los argumentos lógicos
- Condiciona la conducta total o parcialmente
- El sujeto posee un papel central dentro de la temática delirante

El delirio es entonces el resultado de una profunda alteración de personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad (pérdida de la capacidad de discernir entre lo real y la fantasía), se torna influenciable e inincorregible, desplegándose hasta construir un sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida y de la existencia de la persona.

Cuando el **delirio es permanente** (crónico), tiende a desarrollarse y a organizar la totalidad de la existencia. Son narrados dado que no tienen el calor afectivo de algo que se está viviendo en ese momento.

Semiológicamente estudiamos al delirio a través de sus cuatro elementos:

- Tema
- Mecanismo psicológico
- Estructura
- Sistematización

Temáticas delirantes: es el argumento de la actividad delirante que el paciente cree como fiel expresión de la realidad. La verdad a la que se aferra con intensa convicción subjetiva. A través del tema es que captamos la compleja estructura del pensar, actuar y sufrir del paciente.

- **Delirio extravagante:** consiste en una creencia falsa, absurda, la cual es imposible
- **Delirio paranoide:** se debe distinguir de la ideación paranoide, dado que en está última la sospecha es de menor proporción. Pueden haber delirios de persecución, donde el sujeto se siente amenazado desde afuera, amenazado de muerte. Delirio de daño y perjuicio, donde también se siente amenazado desde afuera, pero piensa que lo quieren dañar, entre otros.

Mecanismos psicológicos: se llaman mecanismos generadores o responsables del delirio a las alteraciones psicológicas que, interfiriendo con la aprehensión de la realidad, constituyen las modalidades de la objetivación delirante (es la forma como el paciente va percibiendo y construyendo su delirio)

- **Interpretativo:** implica una inferencia errónea a partir de un hecho real. Se define como un falso juicio elaborado a partir de una percepción exacta.
- **Alucinatorio:** se basa principalmente en el trastorno de la percepción, es decir que se sustenta en las alucinaciones
- **Imaginativo o fabulatorio:** el sujeto genera una invención de falsos acontecimientos. Crea distintos tipos de ficciones o fábulas. En general crean una concepción fantástica del mundo, parecido a un soñar despierto, que para el sujeto tiene una constatación irrefutable.

- **Intuitivo:** se caracteriza por la aparición de una idea en forma súbita, desprovista de una percepción; que se le impone al sujeto sin una estimulación sensorial. Tiene toda la apariencia de verdad, el sujeto está convencido que es una verdad incontrovertible. Una realidad incontestable, como una vivencia intransmisible de la cual no puede dar una explicación.

Sistematización: se habla de delirios bien sistematizados cuando estos tienen una coherencia interna en la que el sujeto puede dar cuenta del por qué y el para qué de la creación delirante. Esto hace que al observador le resulten como ideas probables y en general se percibe lo delirante por el componente afectivo muy intenso y por las conductas que generan este tipo de ideas.

- Los cuadros agudos o experiencias delirantes no presentan sistematización alguna
- El delirio paranoide de la esquizofrenia tiene una pobre sistematización
- El delirio parafrénico posee una sistematización intermedia
- El delirio paranoico, es el delirio más sistematizado por excelencia

Estructura: se refiere al tipo de vínculo que establece con el mundo en función del mismo. Es decir, refiere a la relación que el sujeto establece con el delirio y con la realidad.

Cuando un delirio está estructurado, genera menos angustia en el paciente, ya estaría instalado en la personalidad y en algunos casos también da cuenta del deterioro (pérdida del principio de realidad)

Los delirios pueden ser **estructurados** o **no estructurados** en función de cómo se integren a la personalidad del sujeto. Los delirios agudos se caracterizan por ser no estructurados, mientras que los crónicos se caracterizan por estructurar la personalidad del sujeto en función de ellos. Existen tres tipos de estructuras:

1) **Paranoide:** es la estructura del delirio de la esquizofrenia. Es una organización caótica, laxamente vinculada a la personalidad, dado que se entronca con la personalidad disgregada del mundo del esquizofrénico. Se caracteriza por componer un mundo de creencias hermético, difícil de penetrar, en general está pleno de incoherencias y utiliza modos de pensamiento mágico. Se produce una transformación de la realidad en función de las vivencias internas: es vivido desde adentro hacía afuera, la realidad sufre una alteración. En general, no existe un intento de comunicar sus ideas delirantes. Esto lleva al existir del sujeto a una situación de retraimiento, se va encerrando. El mundo es vivido como hostil. No busca la forma de convencernos de sus delirios.
2) **Paranoica:** se trata de un delirio bien articulado, totalmente integrado a la personalidad del delirante, que en este caso está bien organizada. Lo fundamental de este es que el paciente en primer lugar se mantiene integrado al mundo real de los demás, juega con las reglas de los otros. Entonces, va a estar de alguna forma más integrado, va a razonar tratando de convencernos, siguiendo las leyes de la lógica. No presenta deterioro como en la estructura paranoide. Las ideas delirantes poseen el carácter de absoluta convicción, con un contenido persecutorio. La relación del paranoico con el mundo es tan integrada, que a veces resulta difícil determinar cuando el paciente está delirando o no. El paciente busca la forma de convencernos de su delirio y busca pruebas y argumentos para respaldar sus ideas.
3) **Parafrénica:** se caracteriza porque hay dos polos en la organización del sujeto, uno en el que el sujeto está bien adaptado a la realidad y otro que es el polo en el que se entronca el delirio, estos dos polos pueden yuxtaponerse. Está estructura se caracteriza por una bipolaridad. Por un lado el sujeto se adapta en forma bastante adecuada al mundo, y por otro suele tener un grupo de ideas delirantes, pero que estan de alguna forma como “encapsuladas”. Este sujeto va a ser una persona que

va a tener un grado de adaptación bastante bueno en algunas actividades, pero que en determinados momentos es como si nosotros tocaramos un “botón” y surge la temática delirante, que por lo general responde a delirios fantásticos. El paciente no busca fehacientemente convencernos de sus ideas.

Semiologia de la personalidad

En el DSM 4 se define a la personalidad a partir de las facultades de la percepción y del pensamiento sobre sí mismo y sobre el ambiente y las relaciones que lo rodean, formandose con ellas un patrón de comportamiento duradero en el tiempo, donde los rasgos de la personalidad son aspectos prominentes que la manifiestan. Queda implícito en este enfoque que la flexibilidad, el bienestar y el ajuste al contexto cultural de dicho patrón de experiencia interna y comportamiento del individuo, lo posicionan dentro de una personalidad sana. Así como la rigidez, el malestar subjetivo y la desadaptación sociocultural de dicho patrón comportamental, implican una personalidad patológica o sea un trastorno de la misma.

Carácter y rasgos como manifestaciones de la personalidad

Los rasgos son un aspecto, una actitud, una parte que da cuenta del todo, son elementos que constituyen el carácter y lo definen. En el DSM-4 los rasgos de la personalidad cuando se tornan rígidos y persistentes, o sea que pierden la flexibilidad y plasticidad, tornan patológica, trastornan la personalidad.

El carácter es la expresión más permanente de la personalidad que la presenta, la muestra y manifiesta.

Rasgos de carácter (y/o personalidad) en cada cuadro psicopatológico

Rasgos neuróticos:

- **Histericos:** sugestionabilidad, dependencia, erotizacion, mitomania, afectividad artificial, emotividad, etc
- **Fóbicos:** evitaciones, inhibiciones, estado de alerta, conductas de desafío o de fuga o contrafobicas, etc
- **Obsesivos:** obstinación, terquedad, avaricia, coleccionismo, dificultad de abandonar objetos y separarse, detallismo, orden/desorden, agresividad, lucha contra la autoridad

Rasgos psicóticos:

- **Esquizoides:** retraimiento afectivo, extrañeza corporal, frialdad, dificultad de comunicación, estereotipias del comportamiento, etc
- **Paranoicos:** falsedad de juicio, psicorigidez, reproches persecutorios, orgullo, agresividad, etc
- **Sensitivos paranoicos:** susceptibilidad, hipermotividad, inseguridad, introspección, etc

Rasgos en trastorno de la personalidad

- **Borderline:** impulsividad, actuación, trastornos de conductas, robos, consumos, inconstancia, inestabilidad afectiva, intolerancia a la frustración y al abandono
- **Narcisistas:** grandiosidad del sí mismo, soberbia, arrogancia, necesidad de admiración, falta de empatía
- **Antisociales:** transgresión de normas sociales y legales, crueldad, ausencia de culpa, desprecio por los otros, deshonestidad

Personalidad normal y patológica

El límite o la frontera entre lo normal y lo patológico atraviesa a todas las patologías mentales en busca de un consenso que no es solo sociocultural sino también ideológico y científico. Algunos autores sostienen que no es posible diferenciar de forma absolutamente objetiva entre normalidad y anormalidad.

Consideramos a lo normal y lo patológico como un continuo y no como compartimentos estancos del funcionamiento psíquico, y más aún cuando se trata de salud mental, se hace más difícil establecer un punto exacto que convierta a lo normal en patológico y viceversa.

A diferencia de la mayoría de las personas que poseen diversas y flexibles estrategias para enfrentar a distintas situaciones, las personas con un trastorno de la personalidad utilizan un reducido número de estrategias de manera más rígida y sin apelar a conductas alternativas. La rigidez en las estrategias para afrontar diferentes situaciones sociales es una característica que se repite en forma de círculo vicioso. Las posibilidades de superar errores se ven acotadas y se vuelven a repetir anteriores fracasos con la naturalidad de la primera vez.

Trastornos de la personalidad

Una característica esencial de los trastornos de la personalidad es que son egosintónicos, estan en sintonía con la propia persona y es en el mundo que los rodea, en lo interpersonal donde se encuentra la dificultad.

Según Millon (2006) un trastorno de la personalidad puede distinguirse por la presencia de tres características que amerita reiterar:

a) inflexibilidad adaptativa
b) tendencia a mantener círculos viciosos o de autoperjuicio
c) una estabilidad emocional tenue bajo condiciones de estrés

La personalidad es un aspecto estructural del individuo que sostiene al resto de sus manifestaciones, no siendo fácil así diferenciar entre causas y efectos, ni entre enfermedades y síntomas o síndromes. Es importante ser precavidos al tomar a los trastornos de la personalidad como en entidades independientes. La personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona, interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas.

Módulo 4 - Trastornos Psicóticos. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cuadros psicóticos agudos.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana. Capítulo: Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson.

Ey, H., Bernard P., Brisset, Ch. (1979) Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Ey, H.(1950) Estudio sobre los delirios. Madrid: Paz Montalvo. **(NO RESUMIDO)**

Kapplan, H. I., Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana **(NO RESUMIDO)**

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana.

Nociones a tener en cuenta para la lectura del resumen

Fase prodrómica: fase en la cual aparecen los síntomas generales, y es difícil determinar qué patología afecta al huésped.
Fase residual: período que ocurre cuando se han ido los síntomas de una enfermedad o el síndrome completo.
Categoría diagnóstica sería “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.

Capítulo: Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Estos trastornos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios:

1. delirios
2. alucinaciones
3. pensamiento (discurso) desorganizado
4. comportamiento motor muy desorganizado o anómalo
5. síntomas negativos

Características clave que definen los trastornos psicóticos

Delirios

Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas:

- **Delirios persecutorios:** refieren a la creencia de que se va a ser perjudicado, acosado, etc. Son los más comunes.
- **Delirios referenciales:** la creencia de que ciertos gestos, comentarios, etc, se dirigen a uno mismo.
- **Delirios de grandeza:** cuando el sujeto cree que el o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales
- **Delirios erotomaníacos:** cuando un individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella
- etc

Los delirios se consideran:

- **Extravagantes:** cuando son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Por ejemplo que una fuerza externa le ha quitado al individuo sus órganos internos y los ha sustituido con otra cosa
- **No extravagantes:** un ejemplo de estos es creer que uno está siendo vigilado por la policía aun cuando no haya pruebas convincentes

Los delirios que expresan una pérdida de control sobre la mente o cuerpo se consideran, generalmente, como extravagantes:

- **Robo del pensamiento:** que alguien o algo está leyendo su mente
- **Inserción del pensamiento:** que alguien o algo ha insertado pensamientos ajenos en el propio pensamiento
- **Delirios de control:** que una fuerza externa está manipulando el propio cuerpo o mente

Alucinaciones

Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vividas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no estan sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y trastornos relacionados.

Habitualmente se experimentan en la forma de voces que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Deben tener lugar en un adecuado nivel de conciencia, las que se tienen al quedarse dormido o despertar no cuentan.

Pensamiento (discurso) desorganizado

Habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro; sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto. En raras ocasiones, puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible.

Puede producirse una menor gravedad de la desorganización durante los períodos **prodrómico y residual** de la esquizofrenia.

Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo

Se puede manifestar de diferentes maneras, desde tonterías infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.

El **comportamiento catatonico** es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llegar a cabo instrucciones, la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras. También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente. Es importante tener en cuenta que la catatonia no es específica de la esquizofrenia y puede aparecer en otros trastornos mentales como los trastornos bipolares o en ciertas patologías médicas.

Síntomas negativos

Estos son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos. Dos son especialmente prominentes en la esquizofrenia:

1. **La expresión emotiva disminuida:** consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, los ojos, la entonación del habla y los movimientos de las manos, cabeza y cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso
2. **La abulia:** es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito

Otros son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. La **anhedonia** es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.

Evaluación por el clínico de los síntomas y fenómenos clínicos asociados a la psicosis

Los clínicos deberían considerar, en primer lugar, aquellas afecciones que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno psicótico o que se limitan a un dominio de la psicopatología. Después, deberían considerar las afecciones limitadas en el tiempo. Por último, el diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia requiere la exclusión de otras afecciones que pueden dar lugar a psicosis.

Trastorno esquizoide (de la personalidad)

Además de un trastorno de la personalidad, también se considera como parte del espectro de la esquizofrenia.

1- Trastorno delirante

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Presencia de uno o más delirios de un mes o más de duración
- **Criterio B:** Nunca se ha cumplido el criterio A de esquizofrenia. Las alucinaciones, si existen, estas no son importantes y estan relacionadas con el tema delirante
- **Criterio C:** Aparte del impacto delirante el comportamiento no es extravagante o extraño
- **Criterio D:** Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes
- **Criterio E:** El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o afección médica ni a otro trastorno mental

- **Subtipos:**
- **Erotomaniaco:** otra persona está enamorada del paciente
- **De grandeza:** convicción de tener cierto talento o conocimiento, o de haber hecho algún descubrimiento importante
- **Celotípico:** la pareja es infiel, no hay motivo justificado, y se basan en inferencias incorrectas apoyadas en “indicios”
- **Persecutorio:** estan conspirando en su contra, lo espian, siguen, envenenan, acosan, etc
- **Somático:** implica funciones o sensaciones corporales. Las más habituales son las creencias de que el sujeto desprende un olor repugnante, de que hay una infestación de insectos sobre la piel o debajo de ella, etc

Características diagnósticas

- **Criterio A:** La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos 1 mes.
- **Criterio B:** No se realiza el diagnóstico de trastorno delirante si el sujeto ha tenido alguna vez una presentación clínica que cumpliese con el Criterio A de la esquizofrenia.
- **Criterio C:** Aparte del impacto directo producido por los delirios, el deterioro del funcionamiento psicosocial puede estar más circunscrito que en otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
- **Criterio D:** Si se producen episodios del estado de ánimo de manera simultánea a los delirios, la duración total de los primeros es breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes.
- **Criterio E:** Los delirios no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia o de otra afección médica, y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de los síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para llevar a cabo las distinciones que tienen importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

Las creencias delirantes del trastorno delirante pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. Los sujetos pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer en los subtipos persecutorio, celotípico y erotomaniaco.

- **Consecuencias funcionales del trastorno delirante**

El deterioro funcional habitualmente está más circunscrito que en otros trastornos psicóticos; es decir, la característica de estos sujetos es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando no se habla acerca de sus ideas delirantes o se actúa en base a ellas.

- **Diagnóstico diferencial**

- **Delirium, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos:** Los individuos con estos trastornos pueden presentar síntomas que sugieren un trastorno delirante. La diferencia en si es el contexto en el cual se da el delirio, por ejemplo, la presencia de delirios en un sujeto con un trastorno neurocognitivo mayor no será diagnosticado con trastorno delirante. Lo mismo ocurriría si existe evidencia de uso de sustancias previas al inicio de las creencias delirantes.
- **Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme:** puede distinguirse de estos trastornos por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia.
- **Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo:** pueden diferenciarse por la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y los delirios, y por la gravedad del estado de ánimo. Si los delirios aparecen únicamente durante los episodios del estado de ánimo, el diagnóstico será de depresión o bipolar. Sólo puede diagnosticarse un trastorno delirante si la duración total de todos los episodios del estado de ánimo es breve en comparación a la de la clínica delirante.

2- Trastorno psicótico breve

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Presencia de uno o más de estos síntomas, siendo necesaria la presencia de al menos uno de los tres primeros: 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) discurso desorganizado, 4) comportamiento muy desorganizado o catatonico
- **Criterio B:** La duración de un episodio de al menos un día y menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad

Características diagnósticas

- **Criterio A:** la característica esencial es una alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los síntomas anteriormente mencionados.
- **Criterio B:** el inicio brusco se define como un cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo de 2 semanas
- **Criterio C:** el trastorno no se explica mejor por otros trastornos o como efecto de sustancias u afecciones médicas

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

Los sujetos experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. El grado de disfunción puede ser grave, y puede requerirse supervisión para asegurarse de que las necesidades nutricionales e higiénicas se satisfacen y que el individuo está protegido de las consecuencias de la falta de juicio, de la disfunción cognitiva y de las acciones basadas en los delirios. Parece haber un aumento del riesgo de comportamiento suicida, en especial durante el episodio agudo.

- **Consecuencias funcionales del Trastorno psicótico breve**

Para la mayoría de los individuos el pronóstico es excelente en cuanto a funcionamiento social y sintomatología.

- **Diagnóstico diferencial**

- **Trastornos depresivos y bipolares:** en este trastorno los síntomas psicóticos tienen lugar únicamente durante un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto
- **Otros trastornos psicóticos:** si los síntomas psicóticos duran 1 mes o más puede ser esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, etc. Además debe prestarse atención de que un trastorno recurrente como el biolar sea el responsable de que aparezcan episodios psicóticos repetidos.
- **Simulación y trastornos ficticios:** los síntomas tienen la misma apariencia con la diferencia de que hay pruebas de que estos se han producido intencionalmente.
- **Trastornos de personalidad:** en algunos sujetos con este trastorno los factores estresantes pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos.

3- Trastorno esquizofreniforme

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes. Al menos uno de ellos debe ser alguno de los primeros tres: 1) Delirios, 2) Alucinaciones, 3) Discurso desorganizado, 4) Comportamiento muy desorganizado o catatonico, 5) Síntomas negativos
- **Criterio B:** Un episodio dura como mínimo un mes pero menos de seis meses.
- **Criterio C:** No se producen episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, y si se llegan a producir, estan

presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad

Características diagnósticas

- **Criterio A:** los síntomas característicos de este trastorno son idénticos a los de la esquizofrenia
- **Criterio B:** se distingue por su duración total, de al menos 1 mes y de menos de seis meses
- **Criterio C:** Es requisito que su duración este entre el del trastorno psicótico breve, que remite antes de 1 mes, y el de la esquizofrenia, que dura como mínimo 6 meses.
- **Criterio D:** No existe para este trastorno un criterio que requiera deterioro del funcionamiento social y laboral. Aunque dichas alteraciones esten presentes, no son necesarias para diagnosticarlo.

- **Consecuencias funcionales del trastorno esquizofreniforme**

La mayoría de los sujetos presentan disfunción en varias áreas del funcionamiento diario, como los estudios o trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado.

- **Diagnóstico diferencial**

- Es necesario tener en cuenta el tiempo de duración del trastorno para realizar un diagnóstico diferencial

4- Esquizofrenia

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes. Al menos uno de los tres primeros debe estar presente: 1) Delirios, 2) Alucinaciones, 3) Discurso desorganizado, 4) Comportamiento muy desorganizado o catatonico, 5) Síntomas negativos
- **Criterio B:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
- **Criterio C:** Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (es decir síntomas de fase activa)
- **Criterio D:** Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo en la fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total del periodo
- **Criterio E:** no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica
- **Criterio F:** Si existen antecedentes de un trastorno de espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también estan presentes durante un mínimo de un mes

- **Características diagnósticas**

Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es

patognomónico del trastorno. Se le dice **patognomónico** a aquello que es distintivo o característico de una enfermedad y que por lo tanto permite establecer un diagnóstico. El diagnóstico de este trastorno conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social.

Al menos dos de los síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una proporción de tiempo significativa, durante un periodo de 1 mes o más. Al menos uno de esos síntomas debe ser la presencia clara de delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. También se pueden presentar comportamientos muy desorganizados o catatónicos y síntomas negativos. En las situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, el Criterio A se sigue cumpliendo si el clínico estima que habrían persistido en ausencia de tratamiento.

La esquizofrenia implica un déficit en una o más áreas principales del funcionamiento (relaciones interpersonales, trabajo, estudio, cuidado de uno mismo). La disfunción persiste durante un periodo sustancial a lo largo del curso del trastorno y no parece ser el resultado directo de ningún síntoma concreto. La abulia está relacionada con la disfunción social. Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Los individuos que habían sido socialmente activos pueden retraerse de sus hábitos previos. Estos comportamientos a menudo son el primer signo del trastorno.

Los síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología de la fase activa. Sin embargo, a diferencia de un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, el diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo. Además, los episodios del estado de ánimo, en total, deben estar presentes sólo durante una parte minoritaria de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

Pueden mostrar un afecto inapropiado como por ejemplo reírse en ausencia de estímulos apropiados; un ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado; una alteración del patrón del sueño; falta de interés por comer o rechazo a la comida.

La despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas pueden aparecer y, en ocasiones, alcanzar proporciones delirantes. La ansiedad y fobias son comunes.

También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención.

Pueden presentar anosognosia, la cual incluye la falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente a lo largo de todo el curso de la enfermedad. La falta de conciencia de la enfermedad es un síntoma típico de la esquizofrenia en sí y no una estrategia de afrontamiento.

La hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o inesperadas son poco comunes. La agresión es más frecuente en los varones jóvenes y en los individuos con antecedentes de violencia, falta de cumplimiento terapéutico, abuso de sustancias e impulsividad. Sin embargo es importante resaltar que la mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son víctimas con más frecuencia que los individuos de la población general.

- **Desarrollo y curso**

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia aparecen típicamente entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena; el inicio antes de la adolescencia es raro. El pico de inicio de los primeros episodios psicóticos se sitúa en la primera mitad de la veintena en varones y a finales de la veintena en mujeres. La mayoría de los individuos presenta un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas clínicamente significativos.

- **Consecuencias funcionales de la esquizofrenia**

La esquizofrenia se asocia a una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos y la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas.

- **Diagnóstico diferencial**

- **Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatonia:** La distinción depende de la relación temporal entre la alteración del ánimo y la psicosis, y de la gravedad de los síntomas depresivos o maníacos. Si los delirios o las alucinaciones aparecen únicamente durante un episodio depresivo mayor o maníaco, el diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.
- **Trastorno esquizoafectivo:** requiere que un episodio depresivo mayor o maníaco se presente de forma concurrente con los síntomas de la fase activa y que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los periodos activos
- **Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve:** la diferencia radica en la duración de cada trastorno
- **Trastorno delirante:** se puede distinguir de la esquizofrenia por la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia como los delirios, alucinaciones auditivas o visuales, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos.

5- Trastorno esquizoafectivo

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) simultáneamente con síntomas que cumple el Criterio A de la esquizofrenia.
- **Criterio B:** Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad
- **Criterio C:** Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo estan presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad
- **Criterio D:** El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica.

- **Características diagnósticas**

El criterio B (disfunción social) y el F (exclusión de un trastorno del espectro autista) de la esquizofrenia no tienen porqué cumplirse. Los episodios de depresión o de mania estan presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad. Si los síntomas del estado de ánimo sólo estan presentes durante un periodo relativamente breve, el diagnóstico es de esquizofrenia.

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

El funcionamiento laboral a menudo se ve afectado, pero esto no es un criterio definitorio (a diferencia de la esquizofrenia). La restricción del contacto social y las dificultades con el autocuidado se asocian al trastorno esquizoafectivo, pero los síntomas negativos pueden ser menos graves y menos persistentes que los de la esquizofrenia. La anosognosia también es común en el esquizoafectivo, pero los déficits en la capacidad de introspección pueden ser menos graves y generalizados que en la esquizofrenia. Los individuos con trastorno esquizoafectivo pueden tener un riesgo mayor de desarrollar posteriormente episodios de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar si los síntomas del estado de ánimo se mantienen tras la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A de la esquizofrenia.

- **Diagnóstico diferencial**

- **Otros trastornos mentales y afecciones médicas:** El trastorno esquizoafectivo puede distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas por la presencia de delirios o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en los trastornos depresivos o bipolares con características psicoticas, estas características aparecen fundamentalmente durante los episodios del estado de ánimo.

6- Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Presencia de uno de los dos síntomas siguientes: 1) delirios, 2) alucinaciones
- **Criterio B:** Existen pruebas a partir de la historia clínica o la exploración física o pruebas de laboratorio de las dos siguientes condiciones:
    1) Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento
    2) La sustancia o medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A
- **Criterio C:** El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias o medicamentos.
- **Criterio D:** El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium
- **Criterio E:** El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos sociales, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

- **Características diagnósticas**

Las características esenciales son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran debidos a los efectos de la sustancia o medicamento. Deben encontrarse pruebas de consumo, intoxicación o abstinencia de sustancias en la historia, exploración física o hallazgos de laboratorio. Estos trastornos pueden persistir durante semanas. Una vez que se inician, los síntomas psicóticos pueden mantenerse mientras se continúe usando la sustancia o medicamento.

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

Los trastornos psicóticos pueden asociarse a una intoxicación por los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cannabis, alucinógenos, ansiolíticos, estimulantes. También pueden estar asociado a la abstinencia de algunas de esas sustancias, como el alcohol, sedantes y ansiolíticos.

Algunos medicamentos con los que se ha descrito la aparición de síntomas psicóticos son: anestésicos y analgésicos, antihipertensivos, fármacos cardiovasculares, etc.

- **Consecuencias funcionales del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos**

Es típicamente muy incapacitante y, por lo tanto, se observa con más frecuencia en las salas de emergencia. Sin embargo, la incapacidad que produce normalmente es autolimitada y se resuelve al retirar el agente implicado.

- **Diagnóstico diferencial**

- **Intoxicación o abstinencia de sustancias:** los individuos intoxicados o con abstinencia pueden experimentar alteraciones de la percepción que reconocen como efectos de la droga. Si el individuo reconoce que la percepción está inducida por la sustancia y no la cree real, ni actúa en base a ella, el diagnóstico no es de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.
- **Trastorno psicótico primario:** (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico especificados o no especificados). Se diferencia de los anteriores en que en el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos existe una sustancia relacionada con la etiología de los síntomas.
- **Trastorno psicótico debido a otra afección médica:** en ocasiones el trastorno psicótico es causado por las consecuencias fisiológicas de la patología médica en lugar de la medicación que toma el paciente, en ese caso, para comprobar empíricamente que el medicamento es el agente causal, es necesario cambiar el tratamiento de la afección médica.

7- Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

- **Criterio A:** Alucinaciones o delirios destacados
- **Criterio B:** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica
- **Criterio C:** El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental
- **Criterio D:** El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium
- **Criterio E:** El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

- **Características diagnósticas**

Las características esenciales de un trastorno psicotico debido a otra afección médica son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental.

Generalmente no se diagnostica un trastorno psicótico debido a otra afección médica si el individuo mantiene la prueba de realidad para las alucinaciones y entiende que se deben a una afección médica.

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

La asociación temporal con el inicio o la exacerbación de la afección médica ofrece la mayor certeza diagnóstica de que los delirios o las alucinaciones son atribuibles a una patología médica.

- **Consecuencias funcionales del trastorno psicótico debido a otra afección médica**

El deterioro funcional en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica es típicamente grave, pero varía considerablemente según el tipo de afección y habitualmente mejora con la resolución de está.

- **Diagnóstico diferencial:**

- **Delirium:** si la alteración ocurre exclusivamente durante el transcurso de un delirium, no se realiza un diagnóstico aparte para el trastorno psicótico debido a otra afección médica
- **Trastorno psicótico inducido por sustancia/medicamento:** se hace diagnóstico para este último si hay indicios de que pueda ser ese trastorno, pero si hay indicios de que pueden ser por sustancias tanco como por otra afección médica, se realizan ambos
- **Trastorno psicótico:** el trastorno psicótico debido a otra afección médica debe distinguirse del trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno delirante, esquizoafectivo) y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. En los trastornos psicóticos y en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados a una afección médica. La edad de inicio tardía y la ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia o de trastorno delirante sugieren la necesidad de realizar una evaluación completa para descartar el diagnóstico de trastorno psicotico debido a otra afección médica. Las alucinaciones auditivas en forma de voces que pronuncian frases complejas son más características de la esquizofrenia que del trastorno psicótico debido a otra afección médica. Otros tipos de alucinaciones como visuales u olfatorias habitualmente indican un trastorno psicótico debido a otra afección médica o inducido por sustancias/medicamentos.

Catatonia

Puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales, incluidos los del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, depresivos, etc. Se define por la presencia de 3 o más de los 12 síntomas psicomotores

El individuo puede oscilar entre una actividad motora disminuida, y una actividad motora excesiva. La alteración motora puede oscilar entre una marcada falta de respuesta y una marcada agitación.

Durante las fases graves de la catatonia, el individuo puede requerir una supervisión estrecha para evitar la producción de lesiones a sí mismo o a los demás. Hay riesgos potenciales derivados de la malnutrición, el agotamiento, la hiperpirexia y los daños autoinfligidos.

8- Catatonía asociada a otro trastorno mental

- **Criterio A:** El cuadro clínico está dominado por 3 o más de los síntomas siguientes:

1. **Estupor:** ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno
2. **Catalepsia:** inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad
3. **Flexibilidad cérea:** resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador
4. **Mutismo:** respuesta verbal ausente o escasa (excluir si hay afasia confirmada)

5. **Negativismo:** oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos
6. **Adopción de una postura:** mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad
7. **Manierismo:** caricatura extraña, circunstancial de acciones normales
8. **Estereotipia:** movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacía un objetivo
9. **Agitación:** no influida por estímulos externos
10. **Muecas**
11. **Ecolalia:** imitación del habla de otra persona
12. **Ecopraxia:** imitación de los movimientos de otra persona

9- Trastorno catatonico debido a otra afección médica

- **Criterio A:** El cuadro clínico está dominado por 3 o más de los síntomas presentados en la Catatonía asociada a otro trastorno mental, pero además existen otros criterios:
- **Criterio B:** Existen pruebas a partir de la historia clinica, exploracion fisica o pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica
- **Criterio C:** El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental
- **Criterio D:** El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium
- **Criterio E:** El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

- **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

Diversas afecciones médicas pueden causar catatonia, en especial las patologías neurológicas como neoplasias o traumatismos craneoencefálicos, y patologías metabólicas como la hipercalcemia o encefalopatía hepática, entre otras.

- **Diagnóstico diferencial**

No se realiza el diagnóstico aparte de trastorno catatonico debido a otra afección médica si la catatonia aparece únicamente durante el curso de un delirium o de un síndrome neuroléptico maligno. Si el individuo está tomando medicación antipsicótica en ese momento, se debe considerar el trastorno motor inducido por medicamentos

10- Catatonía no especificada

Está categoria se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de catatonia causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumplen todos los criterios de catatonia o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

11- Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

Está categoría se aplica a las presentaciones que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.

Algunos ejemplos de estas presentaciones pueden ser:

- **Alucinaciones auditivas persistentes** que se producen en ausencia de cualquier otra característica

- **Delirios con episodios importantes del estado de ánimo superpuestos,** estos últimos estando presentes durante una parte importante del trastorno delirante, de manera que no se cumple el criterio que estipula sólo una alteración breve del estado de ánimo en el trastorno delirante
- **Síndrome de psicosis atenuado:** se caracteriza por presentar síntomas parecidos a los psicóticos que estan por debajo del umbral de psicosis establecida
- **Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante:** el miembro dominante puede traspasar su delirio al otro, sin que por ello este último deba cumplir de forma precisa los criterios del trastorno delirante

12- Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

Está categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de estos trastornos pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson.

Todos los trastornos incluidos en está sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria.

Una definición restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

Una definición menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

Breve diferenciación de los trastornos incluidos

- **Esquizofrenia:** es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatonico y síntomas negativos). Existen diferentes tipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.
- **Trastorno esquizofreniforme:** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (por ejemplo la alteración dura de 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista deterioro funcional.
- **Trastorno esquizoafectivo:** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
- **Trastorno delirante:** se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- **Trastorno psicotico breve:** es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.
- **Trastorno psicótico compartido:** es la alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

- **Trastorno psicótico debido a enfermedad médica:** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias:** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga, medicación o a la exposición de un tóxico
- **Trastorno psicótico no especificado:** se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplan los criterios para ninguno de los anteriores trastornos

1- Esquizofrenia

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas estan asociados a una marcada disfunción social o laboral. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica (capacidad que tenemos los seres humanos para adaptarnos a las diferentes situaciones que vamos viviendo a lo largo de la vida, ya sean buenas o malas), la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías:

1. **Los positivos:** parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales. Se incluyen las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatonico.
2. **Los negativos:** parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Incluye el aplanamiento afectivo, la alogia (restricciones en la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje) y abulia.

Subtipos de esquizofrenia

- **Paranoide:** su característica principal consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conversación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado o catatonico no son muy acusados. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.
- **Desorganizado:** sus características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Históricamente se ha denominado como **hebefrenico.**
- **Catatonico:** su característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- **Indiferenciado:** la característica esencial es la presencia de síntomas que cumplen con el Criterio A de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatonico.
- **Residual:** debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos

positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados.

2- Trastorno esquizoafectivo

La duración mínima de un episodio esquizoafectivo será de 1 mes. Una característica esencial de un episodio depresivo mayor es la presencia de humor depresivo o una marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer. Puesto que la pérdida de interés o placer es tan frecuente en los trastornos psicóticos no afectivos, para cumplir con el Criterio A del trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un humor depresivo franco.

- **Diagnóstico diferencial**

Los síntomas afectivos en la **esquizofrenia** tienen una duración relativamente breve respecto a la duración total de la alteración, sólo se presentan en las fases prodrómica o residual, o no cumplen totalmente los criterios para un episodio afectivo. Si los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante períodos de alteración afectiva, el diagnóstico debe ser **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos**. En el trastorno esquizoafectivo los síntomas no deben atribuirse a un episodio afectivo si son resultado de los síntomas de la esquizofrenia.

Es frecuente que los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, se presenten durante el curso del **trastorno delirante.** Sin embargo, estos cuadros no cumplen los criterios para el trastorno esquizoafectivo, porque en el trastorno delirante los síntomas psicóticos se limitan a ideas delirantes no extrañas.

3- Trastorno delirante

- **Diagnóstico diferencial**

- **Trastorno psicótico compartido:** los sujetos con este trastorno pueden presentar síntomas parecidos a los que se observan en el trastorno delirante, pero la alteración tiene una etiología y un curso característicos. En el trastorno psicótico compartido las ideas delirantes aparecen en el contexto de una relación muy estrecha con otra persona, son formalmente idénticas a las de esa otra persona y se atenúan o desaparecen cuando el sujeto con el trastorno psicótico compartido es separado del sujeto con el trastorno psicótico primario.

4- Trastorno psicótico compartido

- **Criterios diagnósticos**

- **Criterio A:** Se desarrollan una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra persona que ya tiene una idea delirante establecida
- **Criterio B:** La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante
- **Criterio C:** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno y no es debida a los efectos de sustancias u otra enfermedad médica

- **Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno psicótico compartido consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad. Este último sujeto suele denominarse “inductor” o “caso primario”. La idea delirante no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico ni de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.

Normalmente, el caso primario en el trastorno psicótico compartido es el dominante en la relación y, gradualmente, impone el sistema delirante a la segunda persona, más pasiva e inicialmente sana. Con frecuencia los sujetos que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge y han vivido durante largo tiempo con el caso primario.

- **Síntomas y trastornos asociados**

Al margen de las creencias delirantes, en el trastorno psicótico compartido no suelen darse otros aspectos raros o inhabituales en el comportamiento. El deterioro suele ser menor en el sujeto con el trastorno psicótico compartido que en el caso primario.

- **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial no suele ser un problema, porque la historia de una estrecha relación con el caso primario y la similitud de las ideas delirantes entre los individuos solo se da en el trastorno psicótico compartido.

5- Trastorno psicótico no especificado

Está categoría incluye una sintomatologia posicotica sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos, por ejemplo:

- Psicosis posparto que no cumple los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno breve, etc
- Síntomas psicóticos que han durado menos de 1 mes, pero que aún no han remitido y, por tanto, no cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve
- Alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características

Ey, H., Bernard P., Brisset, Ch. (1979) Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Sección I. Enfermedades mentales agudas. Capítulo V. Psicosis delirantes agudas

Las psicosis delirantes agudas se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Constituyen verdaderas experiencias delirantes en el sentido de que el delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada, como una “experiencia” que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, etc).

Podemos situarlas en un nivel de desestructuración de la conciencia intermediario entre las crisis maniaco-depresivas, y los estados más profundos confusooniricos.

Estudio clínico

La experiencia delirante: con frecuencia ocurre en sujetos jóvenes, muchas veces mujeres, con herencia psicopática desequilibrada, y consecutivamente a una emoción; no obstante, también sin causa aparente, irrumpe el delirio de forma brusca.

El delirio es **polimorfo,** es decir que sus temas son múltiples y variables: de persecución, grandeza, de transformación sexual, posesión, envenenamiento, etc. Generalmente se imbrican, mezclan y sufren metamorfosis. Los enfermos se sienten súbitamente embrujados, espiados, envenenados, en comunicación con fuerzas sobrenaturales, etc.

El carácter polimorfo de este delirio episódico se manifiesta también en la yuxtaposición de los fenómenos que lo componen. Se distinguen no sólo convicciones e intuiciones que

irrumpen en el psiquismo, sino también numerosas y exuberantes alucinaciones, con frecuencia auditivas, pero más generalmente psíquicas (voz, eco del pensamiento, actos impuestos, etc.). Estan asociadas a interpretaciones delirantes, elementos imaginativos, ilusiones, que manifiestan la incoercibilidad de la experiencia delirante vivenciada, en una atmósfera de misterio y apocalipsis.

El enfermo presenta importantes cambios de humor y violentas oscilaciones, como “oleadas” de delirio. Los temas, extravagantes, absurdos, pueriles, poéticos, etc, por lo general estan mal hilvanados y sin sistematización. El delirio es susceptible a cambios súbitos.

El delirio es vivenciado dentro del campo de la conciencia como una experiencia irrefutable, de donde deriva la intensidad de las reacciones afectivas. Estas experiencias se imponen al sujeto como si se trataran de acontecimientos del mundo exterior, como revelaciones inauditas que reclaman una inmediata convicción. La adhesión absoluta al delirio probablemente dependa de la constitución misma de la experiencia, que se impone como los sueños al soñador.

La alteración de la conciencia: la lucidez se mantiene intacta y el enfermo continúa comunicándose con los otros, suficientemente orientado, bastante bien adaptado al ambiente y con claridad en sus palabras. Y, sin embargo, existe una desestructuración de la conciencia, en forma de una especie de hipnosis o de fascinación por lo imaginario, de desdoblamiento de la experiencia actual, la cual parece como dividida entre el polo predominante del delirio y el de la realidad, de donde deriva el doble carácter artificial y alucinatorio de las vivencias.

Clínicamente, este estado de hipnosis delirante se reconoce por la distracción, el aire ausente, el ensimismamiento y las actitudes meditativas o de escucha, a través de las cuales el delirante manifiesta su incorporación a las peripecias del delirio que vive como el desarrollo de una experiencia de la cual es juguete, espectador y autor, y de la cual saldrá, después de su curación, como de una pesadilla o de una incomprensible fascinación.

La alteración tímica: el humor está alterado de manera constante. A la actividad delirante de aparición súbita corresponden, en efecto, violentos estados afectivos. Algunas veces en forma de mania, otras veces de melancolía, este último acompañado de ideas de muerte, mutismo, etc. El delirio acompaña estos movimientos de euforia o de angustia, y fluctúa, de manera que el sujeto se presenta a veces excitado, otras deprimido, y la mayoría de las veces ambas cosas a la vez, viviendo entonces un verdadero estado mixto. Está alternancia es característica de estos brotes delirantes polimorfos.

También pueden presentarse trastornos digestivos constantes, pudiendo llegar la inapetencia al rechazo de los alimentos, también constipación. La eliminación urinaria está disminuida. En la mujer, se suspende con frecuencia la menstruación.

Evolución y pronóstico: el fin del acceso es a veces brusco, pero, por lo general, se produce una “fase de despertar”.

El episodio delirante no tiene consecuencias ni futuro, no deja tras sí secuelas o complicaciones mentales, aunque si hay excepciones.

El pronóstico de una psicosis delirante aguda viene influido por el riesgo de una evolución esquizofrénica o de un delirio crónico. Las psicosis esquizofrenia y las psicosis delirantes crónicas evolucionan con frecuencia después de uno o de varios episodios delirantes.

Formas clínicas

Psicosis imaginativas agudas: episodios delirantes que se caracterizan por la eclosión súbita de una fabulación rica en detalles y temas.

Psicosis interpretativas agudas: se trata de paroxismos delirantes, únicamente interpretativos, que se presentan fuera de la evolución crónica del delirio de interpretación. Por lo general, se acompañan de intensas reacciones emocionales.

Psicosis alucinatorias agudas: son delirios en los que predominan todos los tipos de alucinaciones. Los temas, con frecuencia místicos o eróticos, son a veces muy dramáticos. Los acontecimientos delirantes se desarrollan en una atmósfera imaginaria y artificial. Estos estados pueden ser vividos tanto en un clima de angustia como en una tonalidad de ebria exaltación.

Diagnóstico

Diagnóstico positivo: se puede establecer teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. comienzo brusco
2. caracteres polimorfos e intensamente vivenciados de la experiencia delirante
3. la variación del cuadro clínico de un día a otro
4. el carácter de actualidad inmediata perceptiva e intuitiva de la experiencia delirante
5. las oscilaciones de la creencia y de la perplejidad crítica con respecto al delirio
6. la atmósfera del estado crepuscular de la conciencia (fascinación y distracción a causa del acontecimiento delirante incoercible, distanciamiento del medio ambiente, vaguedad del pensamiento)
7. el fondo tímico de exaltación o de angustia de la vivencia delirante

Diagnóstico diferencial:

- **Mania:** se distingue por una actividad de juego y la fuga de ideas sin delirio notable
- **Melancolía:** muy diferente en los casos típicos por su inicio más progresivo, su inhibición, la mayor intensidad del dolor moral y la fijeza y la monotonía del delirio
- **Confusión mental:** caracterizada por el predominio de la confusión sobre el delirio, por los caracteres propios del delirio onírico y por la persistencia, después del acceso, de una cierta amnesia del periodo confusional

Resumen de los problemas psicopatológicos

En forma de experiencias de despersonalización, de desdoblamiento, de ficciones imaginarias que se imponen como trastornadores acontecimientos internos y externos, angustiosos y excitantes, la vivencia delirante se constituye a medida que el campo de la conciencia se desorganiza. Al ser la conciencia parte constitutiva del campo fenoménico de la experiencia actual y del orden temporoespacial dentro del cual se presenta, su desestructuración implica una metamorfosis delirante, una falsificación imaginaria de está experiencia. A medio camino del ensueño, la conciencia se hace lo bastante “imaginativa” como para vivir una experiencia delirante y alucinatoria, aunque no lo suficiente como para caer en la experiencia onírica. Este estado intermedio entre la vigilia y el sueño, este estado oniroide, constituye el “hecho primordial”, por excelencia de estas experiencias que, al ser el efecto de este trastorno, no son “primarias”, sino secundarias al mismo; lo cual permite explicarlas a través de sus condiciones orgánicas y comprenderlas psicológicamente como una proyección del inconsciente.

Sección II. Enfermedades mentales crónicas. Capítulo VII. Las psicosis delirantes crónicas

Son psicosis caracterizadas por “ideas delirantes” permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por **ideas delirantes** debe entenderse no sólo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etc), sino también todo desfile de fenómenos ideoafectivos en que el Delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc).

Los Delirios crónicos son más completos que las “experiencias delirantes”, puesto que el Delirio no es tan solo pasivo y accidental (como una especie de sueño por una intoxicación, por ejemplo), sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo.

El Delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los Delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, en efecto, los “alienados” en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes.

El delirio puede sistematizarse en una especie de ficción notablemente coherente o, por el contrario, disgregarse en un pensamiento irreal.

En los casos más puros consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas (paranoia), en otros casos, o en ciertas fases de su evolución, estos delirios se acercan al sueño y a las experiencias delirantes agudas por su aspecto caótico o fantástico. Es el caso de las psicosis esquizofrenia en las cuales el autismo es secundario a una disposición psíquica.

Psicosis delirantes crónicas		
Sin evolución deficitaria	1- Psicosis delirantes sistematizadas (paranoia)	Delirios pasionales Delirios de interpretación
	2- Psicosis alucinatorias crónicas 3- Psicosis fantásticas (parafrenias)	
Con evolución deficitaria	Formas “paranoides” de la esquizofrenia	

El grupo de los delirios crónicos sistematizados (Psicosis paranoicas)

Estos delirios son llamados sistematizados ya que:

1. estan prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante
2. Se desarrollan con orden, coherencia y claridad

Estan caracterizados por su construcción, en cierta manera “lógica”, a partir de elementos falsos, de errores o de ilusiones, que son como los “postulados” de la fábula delirante. Realizan una polarización de todas las fuerzas afectivas en el sentido de una construcción delirante que subordina toda la actividad psíquica a sus fines.

El carácter llamado paranoico (desconfianza, orgullo, agresividad, falsedad de juicio, psicorrigidez) constituye un aspecto fundamental de la personalidad de muchos de estos enfermos.

Estos Delirios son relativamente coherentes por su forma sistemática, es decir que se presentan al observador como relativamente **plausibles.** De ahí su poder de convicción o de contaminación.

Los delirios pasionales y de reivindicación

Estan caracterizados por:

1. la exaltación (exuberancia, hipertimia, hiperestesia)
2. por la idea prevalente, que subordina todos los fenómenos psíquicos y todas las conductas a un postulado fundamental, el de una convicción inconmovible
3. por su desarrollo en sector, en el sentido de que el Delirio constituye un sistema parcial que penetra como una cuña en la realidad

Es sobre un fondo de disposiciones caracterológicas, llamadas **constitución paranoica** (orgullo, desconfianza, psicorrigidez y falsedad de juicio), donde se desarrolla el Delirio, lo más a menudo insidiosamente, y a veces a raíz de un fracaso o de un conflicto.

Estos sujetos suelen tener un temperamento vivo y de carácter difícil, receloso y susceptible. Son rencorosos y vengativos, a menudo apasionados “idealistas”, fanáticos de la política, la religión o de la reforma social.

Delirios de reivindicación: existen tres tipos de reivindicación delirante

1. **Los querellantes:** se arruinan en procesos para hacer triunfar una reivindicación a veces irrisoria. Persiguen la defensa de su honor o de sus derechos o de su propiedad con menoscabo de sus intereses más evidentes. Acumulan sentimiento de odio y de venganza sin desviarse jamás de la convicción de que son traicionados, juzgados injustamente, y de que son víctimas de un ensañamiento tan implacable como el suyo propio. Verdaderos perseguidos-perseguidores.
2. **Los inventores:** guardan el secreto de sus experimentos, de sus cálculos o de sus descubrimientos, y se quejan de ser desposeídos de sus derechos o de la patente de su invento. No importa que invento sea, lo que es capital es la exclusiva de su propiedad, el monopolio absoluto y la indiscutible prioridad que reivindican.
3. **Los apasionados idealistas:** ya sueñen con nuevos sistemas políticos, de paz universal, etc, estan animados de una feroz y agresiva voluntad de lucha y de combate. Tienen un inagotable deseo de reforma y de justicia.

Todos estos paranoicos reivindicativos deliran en el sentido de un “ideal de sí mismo” imaginario. En efecto, los complejos de frustración o de inferioridad inconscientes constituyen un profundo núcleo de angustia sobrecompensada por la disposición caracterológica de un Yo que se pretende agresivo y omnipotente.

Delirios pasionales: el delirio pasional, ya se trate de la celotipia (delirio de infidelidad y de rivalidad) o de erotomanía (ilusión delirante de ser amado), plantea, en relación a las pasiones normales, un difícil problema de diagnóstico.

Los estados pasionales delirantes tienen ciertas características:

1. se producen sobre un fondo de desequilibrio caracterológico

2. se acompañan de un cortejo de trastornos (trastornos tímicos, experiencias alucinatorias, despersonalización, fases de exacerbación, impulsividad, dando lugar a periodos productivos) que testifican un desquiciamiento de la vida psíquica
3. son patológicos y delirantes porque la pasión tiene una estructura esencialmente imaginaria. En efecto, o bien los acontecimientos y los personajes que lo componen son irreales, y este es el caso en que el Delirio es más evidente, o bien la realidad de la situación es ampliamente desbordada o eclipsada por la proyección de fantasmas más o menos inconscientes
4. la misma fuerza de los complejos inconscientes que animan el delirio le imprime, por lo general, una evolución tan típica, que es posible prever el curso
5. Los Delirios pasionales proceden en su misma estructura de la rigidez sistemática de la pasión que constituye el eje. Son bloques ideoafectivos inconmovibles, impermeables a la experiencia y rebeldes a toda evidencia

- **El delirio celotípico:** consiste en transformar la situación de la relación amorosa de la pareja en una situación triangular. El tercero introducido entre la pareja es un rival, y sobre su imagen se proyectan resentimiento y odio, acumulados por las frustraciones que ha sufrido, o que sufre, el delirante celoso. Este se siente trágicamente burlado y abandonado. La historia delirante labra todas sus peripecias en torno a este tema fundamental, y el delirante contraataca con la ayuda de todos los medios que le inspira la “clarividencia” que “abre sus ojos”. A través de un trabajo de encuesta y de reflexión, el delirante “esclarece” el misterio y llega a una “verdad”, para él absoluta. Cuando el Delirio celotípico se ha formado, se sistematiza en un haz de “pruebas”, de pseudocomprobaciones, de falsos recuerdos, de interpretaciones delirantes, de ilusiones de la percepción y de la memoria.
- **El delirio erotomaníaco:** la ilusión delirante de ser amado constituye la erotomanía. Los sentimientos generadores del postulado fundamental son: el orgullo, el deseo y la esperanza. El mismo postulado fundamental se formula así: es el Objeto (la persona por quien el paciente se cree amado y que pertenece por lo general a un rango más elevado que el Sujeto) quien ha empezado a declararse; es el quien ama más o el único que ama. Los temas derivados pueden llegar a ser: el objeto no puede poseer un valor completo sin el pretendiente; el objeto es libre, su matrimonio está roto o no es válido. El erotomano está convencido de un cierto número de temas que él “demuestra”: vigilancia continua por parte del objeto, conversaciones indirectas con el objeto, continua protección del sujeto por parte del objeto, intentos de acercamiento por parte del objeto, etc. El sistema delirante se elabora sobre una base de intuiciones, de falsas demostraciones, de ilusiones y de interpretaciones sin alucinaciones. Es preciso reconocer que las “conversaciones indirectas” con el objeto son a menudo alucinatorias.

Psicosis alucinatorias crónicas

Este grupo de Delirios crónicos viene caracterizado clínicamente por la considerable importancia de los fenómenos psicosensoriales (alucinaciones, pseudoalucinaciones, síndrome de automatismo mental).

Se puede definir este tipo de Delirio crónico como una **psicosis delirante crónica basada en el síndrome de automatismo mental, que constituye el núcleo, y cuya superestructura delirante construye una ideación sobreañadida.** El sujeto afirma dogmáticamente que el Delirio está basado en percepciones irrecusables y el observador lo considera como basado exclusivamente en percepciones sin objetos (alucinaciones). Este delirio se desarrolla a menudo fuera de toda predisposición caracterológica o afectiva de tipo paranoico.

El comienzo: es a menudo repentino. Se pronto estallan las voces; las transmisiones de pensamiento o el eco del pensamiento aparecen en la mente. El enfermo se siente "adivinado", espiado; sus actos son comentados o bien percibe extraños olores, un gusto sospechoso en los alimentos, fluidos en su cuerpo, corrientes eléctricas en su cabeza o en sus órganos genitales; se convierte en un "médium", en una estación receptora o emisora de telegrafía, etc. Sus reacciones son las del asombro, ya que, desconcertado, experimenta pasivamente este parasitismo alucinatorio.

Sin embargo, está forma de comienzo "sin incubación", clásica y típica, no es siempre tan repentina. Una minuciosa anamnesis permite poner en evidencia con frecuencia una progresiva alteración del humor, de los sentimientos de conciencia, una cierta "meditación" o prefacio delirante.

El síndrome alucinatorio del periodo de estado: está constituido por el triple automatismo:

- **El automatismo ideoverbal:** se manifiesta clínicamente por voces, estas son alucinaciones psicosensoriales; alucinaciones psíquicas sentidas como voces interiores o transmisiones de pensamiento, generalmente amenazadoras. Pueden ser comentarios de actos, robo de pensamiento o adivinación del mismo, etc.
- **El automatismo sensorial y sensitivo:** constituido por toda una gama de alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y cenestésicas. Falsas sensaciones exteroceptivas, interoceptivas o propioceptivas, que constituyen una verdadera parasitación de percepciones normales (olores nauseabundos, gustos raros, etc).
- **El automatismo psicomotor:** se manifiesta clínicamente por impresiones cinestésicas, ya sea en los órganos de la articulación verbal (lengua, laringe, etc) ya sea en la musculatura facial, del cuello, de los miembros (movimientos forzados). Se trata de sensaciones de imposición de movimientos, de articulación verbal forzada.

Evolución: las psicosis alucinatorias crónicas evolucionan a menudo hacía una forma de déficit o de disgregación. La evolución de las psicosis alucinatorias, en su forma más típica, se hace por el contrario en el sentido de una conservación de la lucidez, de las capacidades intelectuales y de la apertura al mundo real; conservación que contrasta con el núcleo delirante y alucinatorio. También puede ocurrir que las alucinaciones ideoverbales más fantásticas devengan al final en pequeñas voces sin importancias de las que hacen bromas los pacientes o a las que dicen no prestar más atención.

Los delirios fantásticos. Las parafrenias

También llamadas psicosis imaginativas o Delirios de imaginación. Estos delirios tienen un mecanismo imaginativo que se asienta sobre un fondo constitucional mitomaniaco.

Estos Delirios constituyen verdaderas novelas. Se caracterizan por una proliferación imaginativa de extraordinaria exuberancia y se traducen en las concepciones más extravagantes y quiméricas.

Estudio clínico: las modalidades de comienzo son variables, algunas se desarrollan lenta e insidiosamente; otras se constituyen rápida y casi inmediatamente, dando lugar a una especie de mutación fantástica en las relaciones del delirante con su mundo.

En su periodo de estado, el delirio fantástico está formado por síntomas variados (alucinaciones; fabulaciones; interpretaciones; intuiciones delirantes, místicas, de grandeza, etc) Los principales caracteres de estos delirios son los siguientes:

- **Pensamiento paralógico:** estos delirantes toman sus ideas de la pura fantasía, sin preocuparse de su verosimilitud lógica. La fábula delirante se desarrolla fuera de todas las categorías del entendimiento. El espacio y el tiempo son adaptados a está fantasmagoría: la ambigüedad de las personas, su mezcolanza y su multiplicidad, la simultaneidad o la confusión de la amalgama de acontecimientos o la absurdidad de las figuras.
- **Megalomania:** los temas de influencia (dominio maléfico, procedimientos científicos o mágicos de acción a distancia, cohabitaciones corporales, etc); los temas de persecución (conspiraciones espirituales o sobrenaturales, etc), las ideas de envenenamiento, transformación de órganos, etc, convierten a estos enfermos en víctimas acorraladas y hostigadas por innumerables perseguidores, por el demonio o por las fuerzas del mal. Los temas de grandeza (identificación a los grandes reyes o dios; intervención de todas las potencias naturales y sobrenaturales en los acontecimientos de la fabulación) son aquí preponderantes.
- **La primacía de la fabulación sobre las alucinaciones:** es raro que este tipo de delirio no comporte una actividad alucinatoria, pero por lo general la alucinación cede el paso a la fabulación. Las referencias a la experiencia alucinatoria tienden a borrarse a medida que la imaginación ahoga las alucinaciones.
- **Integridad paradójica de la unidad de la síntesis psíquica:** en estos delirantes llama la atención el sorprendente contraste entre las concepciones paradójicas y mitológicas del delirio y la correcta adaptación del sujeto a la realidad. Los delirios más fantásticos no impiden al enfermo el estar bien inserto en la realidad de la existencia cotidiana. La capacidad intelectual, la memoria, la actividad laboral, el comportamiento social, permanecen intactos de modo notable.

Evolución: la evolución tiene lugar a lo largo de varios años y termina en un estado de delirio crónico, por lo general irreversible; el delirio fantástico, después de una fase de elaboración activa, se fija indefinidamente en sus temas esenciales.

Diagnóstico de los delirios crónicos en relación con las psicosis agudas delirantes: en los delirios crónicos, cuando se trata de delirios pasionales o de interpretación, el tema delirante constituye un “sistema razonador” de creencias y de convicciones que está como separado de la experiencia sensible actual. Las interpretaciones dan lugar a un trabajo de razonamiento o de construcción que se deduce, por así decir, de las convicciones, etc. Este carácter de racionalización o de elaboración intelectual es lo que permite no confundir estos delirios con las experiencias delirantes de las psicosis delirantes agudas, las cuales ofrecen el carácter de un trastorno más global y pasivo de la experiencia perceptiva.

Cuando se trata de parafrenias o de psicosis alucinatorias crónicas es más difícil diferenciarlas. Es importante tener en cuenta que aunque la fabulación del delirio o su referencia a percepciones delirantes puede dar al observador la ilusión de que se trata de experiencias perceptivas, en realidad, estas son en general pseudoalucinaciones. Cuando el enfermo nos habla de “sus voces” o cuando le observamos mientras está a punto de “percibirlas”, se trata de una especie de relato cuyo valor semiológico es más el de una proyección ideoafectiva o de un trabajo intelectual o imaginativo delirante, que el de un trastorno, de la percepción inmediata y sensorial. Esto quiere decir que las psicosis delirantes agudas tienen como base trastornos psicosensoriales, imaginativos o intuitivos tomados del conjunto de una experiencia sensible actual, mientras que en estos delirios crónicos se trata esencialmente de una construcción intelectual.

Los delirios crónicos se presentan en la clínica con todos los atributos de un pensamiento discursivo y activo, de una especie de relato, de conversación o de diálogo, que se

desarrolla en un mundo imaginario pero abierto a la comunicación con los demás. Aquí, el delirio es más pensado y hablado que vivido.

Diagnóstico diferencial de las psicosis delirantes crónicas: se trata de distinguir el delirio de interpretación, el delirio pasional y la psicosis alucinatoria crónica.

Los delirios sistematizados (interpretación y pasional) no resulta difícil, si nos atenemos al importante criterio de la sistematización delirante: encadenamiento, pseudorazonador, ficción coherente, constitución de un tema preciso y bien ordenado sin debilitamiento parademencial.

El delirio fantástico o parafrénico se reconoce por su forma fabulatoria y paralogica, en contraste con una conservación a veces sorprendente de la adaptación a la realidad cotidiana.

En cuanto al diagnóstico diferencial con las psicosis esquizofrenia, este se hará por el estudio del síndrome de disociación, por los trastornos del curso del pensamiento y por la evolución general hacía la incoherencia y el autismo impenetrable.

Capítulo VIII. Las psicosis esquizofrénicas

El proceso esquizofrenia

La tendencia que prevalece actualmente en el estudio del proceso esquizofrenia consiste en considerar la evolución esquizofrénica como ligada al desarrollo psicodinámico de la persona y a los obstáculos que ha encontrado.

Frecuencia. Edad. Sexo

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara antes de los 15 años. Entre los 15 y 35 años es cuando la morbilidad es más elevada. La enfermedad está repartida por un igual entre los dos sexos.

Resumen psicopatológico

La esquizofrenia es una tendencia a la desorganización del Yo y de su Mundo, y a la organización de la vida autística; es al mismo tiempo, una malformación estructural y un desarrollo histórico. La malformación y el desarrollo se relacionan y mantienen mutuamente a través de intercambios dialécticos incesantes, pues la historia y la organización de la persona dependen al mismo tiempo de la acción estimulante del Medio y de la integración del organismo. Para nosotros, lo básico de la esquizofrenia no es la aptitud de delirar, sino la instalación en ese modo de vida que es el delirio crónico; no es la posibilidad de vivir una experiencia subjetiva, sino la imposibilidad, la incapacidad de salir de ella -al menos sin grandes esfuerzos terapéuticos-.

Lo esencial de la patología esquizofrénica está constituido por la deformación y la regresión de la personalidad. El esquizofrénico es un alienado en tanto que es un delirante crónico, es decir, que su delirio, sus alucinaciones, todos los síntomas que presenta nos hacen captar una dislocación de su sistema de realidad, de sus creencias, de las ideas y de los sentimientos que constituyen la transformación de su Mundo y de su Persona en Mundo y Persona “autísticos”.

El comienzo. La esquizofrenia “incipiens”

En una esquematización clínica basada en la continuidad o en la discontinuidad del desarrollo mórbido y en la rapidez de su evolución, distinguimos cuatro grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad:

1) **Las formas progresivas e insidiosas:** que presentan la mayor continuidad en su desarrollo y conducen lentamente al enfermo desde la predisposición caracterológica o neurótica hasta la esquizofrenia
2) **Las esquizofrenias de comienzo aguda:** a la inversa de las anteriores, empiezan por un gran acceso delirante o catatonico
3) **Las de una evolución en forma clínica sobre un fondo esquizoide:** se puede ubicar entre ambas formas anteriores. Estas se caracterizan por presentar grandes episodios intermitentes
4) **Las monosintomaticas:** el comienzo puede presentarse con la aparición de síntomas tanto más desconcertantes cuanto que se dan aislados

1) Carácter preesquizofrenico y las formas progresivas de comienzo

La preesquizofrenia: la puerta de entrada a la psicosis esquizofrénica está constituida aquí por una organización caracterológica de la personalidad, en la cual se adivinan ya los rasgos que, al agravarse, van a convertirse en “esquizofrénicos”.

La invasión progresiva del Delirio: lo que se ve perfilarse es la instalación progresiva del delirio hasta que se constituye en una modalidad estable y delirante de las relaciones y de las comunicaciones. Con frecuencia, las ideas delirantes parecen brotar sin razón, ni motivo, ni condición y el síndrome de automatismo mental se instala con sus fenómenos alucinatorios (eco del pensamiento, robo del pensamiento sobre todo). Generalmente son temas hipocondriacos, temas de influencia, de envenenamiento. La idea delirante puede estar apenas expresada, vaga, oculta, o por el contrario ser repentina o aislada. Más a menudo, se desarrolla un verdadero sistema ideológico que mezcla sus especulaciones abstractas con las interpretaciones e intuiciones delirantes. Puede verse entonces al enfermo recorrer los círculos esotéricos, entregarse a investigaciones misteriosas, crear religiones, etc

A veces la evolución delirante es menos lenta y más estrepitosa. La inversión delirante no se hace entonces calladamente ni por una sorda infiltración, sino que estalla por medio de experiencias alucinatorias o de despersonalización, o bajo la forma de intuiciones que parecen irrumpir en una conciencia clara. El sujeto, después de un periodo de angustia, se habitúa a ello.

2) Comienzo por estados psicóticos agudos

Crisis delirantes y alucinatorias agudas: a veces la psicosis “estalla” en forma de un brote delirante. La importancia de las alucinaciones psíquicas y del síndrome de automatismo mental, las expresiones raras y abstractas del delirio, la falta de conciencia de la enfermedad, el dogmatismo de las creencias delirantes y, por el contrario, la ausencia o el débil grado de los trastornos de la conciencia, pueden ser considerados como elementos semiológicos valederos.

Pueden, a su vez, considerarse puertas de entrada a la esquizofrenia los:

- **Estados de excitación maníaca:** se presentan elementos de discordancia, fenómenos catatónicos, frases abstractas, introversión, etc
- **Estados depresivos:** estado de angustia con culpabilidad sexual, alucinaciones, ideas de suicidio, ambivalencia, etc

- **Estados confusooniricos:** bajo la forma de psicosis confusionales con onirismo y de estados crepusculares oniroides

3) **Las formas de comienzo cíclicas**

Bastante a menudo, sobre un fondo de carácter esquizoide o esquizoneurótico, aparecen “brotes agudos” al comienzo de la evolución esquizofrénica (generalmente en los 2 o 3 primeros años).

Las formas más netamente impregnadas de potencial evolutivo esquizofrenia, pueden ser accesos catatónicos o delirantes repetidos, estados crepusculares histeriformes, o crisis “esquizomaniacas”, en las que predominan el enojo, la ensoñación y el negativismo.

4) **Formas monosintomaticas**

Las más dramáticas son las que estan constituidas por los famosos “crímenes inmotivados” de los esquizofrénicos. Estos enfermos matan a un familiar o un desconocido sin poder dar una explicación a su acto. A un nivel menos trágico, otros comportamientos impulsivos, que caen más o menos dentro del terreno medicolegal, tienen el mismo valor clínico: bruscos desenfrenos sexuales, agresiones absurdas, etc. El carácter enigmático de estos actos impulsivos resulta lo suficientemente evidente para que, en la mayoría de los casos, se imponga el diagnóstico de esquizofrenia.

Este polimorfismo de los modos de comienzo muestra claramente que la esquizofrenia no está en el comienzo de la evolución sino al final.

El síndrome fundamental del periodo de estado

El periodo de estado de las psicosis esquizofrenia es largo y, además, no conviene olvidar que al igual que las psicosis delirantes crónicas, las primeras evolucionan por lo general durante años; puede decirse que durante la mayor parte de la existencia.

La enfermedad presenta una disgregación de la vida psíquica que va a dar lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos; es el “modo” esquizofrenia de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado **síndrome de disociación;** por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también ésta de un estilo particular: es el delirio autistico o **autismo.** Estos dos polos de la descripción de la enfermedad son estrictamente complementarios y estan unidos por caracteres comunes:

- **La ambivalencia:** consiste en la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucedido de dos sentimientos, de dos expresiones, de dos actos contradictorios: deseo-temor, amor-odio, etc. Estos dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente, en una especie de yuxtaposición y de mezcolanza inextricable
- **La extravagancia:** resulta de la distorsión de la vida psíquica, cuya pérdida de unidad, incomodidad y malestar conducen a rodeos extraños o fantasmaticos que dan la impresión de una búsqueda barroca, de una serie de paradojas encadenadas caprichosamente.
- **La impenetrabilidad:** caracteriza la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico, su tonalidad enigmática, el hermetismo de sus intenciones, de su conducta o de sus proyectos.
- **El desapego:** evoca el retraimiento del enfermo hacía el interior de sí mismo, la “vuelta” centrípeta de la conciencia y de la persona, la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensoñación interior.

Estos caracteres generales se encuentran a lo largo de toda la enfermedad y componen dentro de un cuadro clínico una especie de fondo característico denominado **síndrome de discordancia.**

Síndrome de discordancia

El síndrome de discordancia constituye los caracteres comunes a todas las esquizofrenias, es decir, es el fondo característico de la esquizofrenia. Esto implica que un paciente esquizofrénico tienda a presentar los 4 elementos clínicos que constituyen al síndrome de discordancia, estos pueden ser agrupados en la palabra “IDEA”, y son:

- I - Impenetrabilidad: el sujeto es impenetrable en su lógica, en su mundo interno. Hay un hermetismo en sus intenciones, en su conducta y sus proyectos.
- D - Desapego: refiere a un retraimiento hacia el interior, invasión de lo subjetivo (es por lo cual los sujetos en general son pasivos)
- E - Extravagancia: cambios de conductas bizarros, fueras de la pauta (diferente a la transgresión que está última tiene un objetivo en sí), conducta difusa. Resulta de la distorsión de la vida psíquica
- A - Ambivalencia: consiste en el antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, expresiones, actos contradictorios (amor-odio,deseo-temor,afirmacion-negacion). Los dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente y sin contradicción.

La disgregación de la vida psíquica. El síndrome de disociación: está disgregación puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su cohesión interna.

a) **Trastorno del curso del pensamiento y del campo de la conciencia:** la discordancia acaso más sorprendente de la esquizofrenia es la que existe entre una inteligencia “potencial”, que parece conservada, y el uso profundamente alterado de está inteligencia: perdida de cohesion, de armonia, de eficacia. El pensamiento aparece como enmarañado y desordenado, lentificado. La producción ideica es caótica y mal dirigida. Las asociaciones se encadenan por contaminación, derivaciones, sustituciones; terminando en propósitos absurdos, en evocaciones bruscas, en interferencias y en extravagancias.

   El esquizofrénico nos indica, por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico.

b) **Trastornos del lenguaje**

La conversación: puede resultar imposible: mutismo, semimutismo (conversaciones aparte, en voz baja), respuestas laterales, absurdas, desconcertantes, sin relación con la pregunta. La conversación a veces es un monólogo, rápido, entretenido, pero a menudo abstracto, inadecuado a la situación.

Las alteraciones de la semántica: el esquizofrénico tiende a cambiar el sentido de las palabras, bien sea fabricando verdaderos neologismos, bien sea empleando en un sentido nuevo palabras ya existentes.

c) **Alteraciones del sistema lógico:** el pensamiento arcaico o irreal constituye un pensamiento regresivo, gobernado por las exigencias afectivas y por la necesidad de

modificar el sistema de la realidad, de escapar a las leyes de las categorías lógicas del entendimiento (causalidad, identidad, contradicciones)

d) **La desorganización de la vida afectiva:** en el esquizofrénico se da una exclusión sistemática de la vida afectiva. Su actitud va a consistir en destruir al mismo tiempo la realidad exterior e interior, en negar los móviles de su ser y en alterar los hechos para volverlos desconocidos. El se quiere y se siente insensible, indiferente y frío. Ejerce, en relación a su capacidad de sentir y de emocionarse, una formidable represión; pero, como el éxito de una tal empresa significaría la muerte, está resistencia no puede más que fracasar, y de ahí las paradojas de la vida afectiva del esquizofrénico, sus manifestaciones discordantes (contradictorias), o sus bruscos cambios de comportamiento (impulsiones, violencias surgidas de la fuerzas instintivas a través de las brechas de la resistencia)

e) **La discordancia psicomotriz. El comportamiento catatonico:** la ambivalencia asociada a la disociación provoca en los actos una especie de oscilación perpetua de la iniciativa motriz entre la ejecución y la suspensión del movimiento. En la mímica, conduce a una serie de expresiones paradójicas: los músculos de la cara se contraen sin las sinergias habituales (paramimias) y sin coordinación entre la expresión que dibujan y la emoción (sonrisas discordantes) Presentan manierismos también. Las conductas complejas también son paradojales, son el resultado de tendencias contradictorias: una oposición frenética cede de pronto ante una orden irrisoria.

El delirio paranoide. El autismo

a) **La vivencia delirante:**

- **Vivencia de extrañeza:** el enfermo está sumido en un desquiciamiento psíquico, sea continuo o intermitente; bien progresivo o regresivo; ora vivido de pronto, o bien sucediendo a un brote agudo. El fondo de está producción, a menudo denominado “experiencia delirante primaria” consiste en un profundo cambio de la experiencia sensible, que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencia. Puede verse cómo esta extrañeza de la existencia está ligada a la discordancia. Está experiencia generalmente es angustiante como el presentimiento de una catástrofe inminente; más raramente es exaltante como un don mágico, una capacidad maravillosa de clarividencia y de potencia. Es caótica, compuesta de ilusiones, interpretaciones, intuiciones y alucinaciones. El mundo interior está perturbado; las sensaciones cenestésicas alteradas son vividas como dolores, transformaciones corporales. Es una experiencia muy difícilmente expresable y aún menos formulable. Así, permanece oscura. Se trata de “algo” misterioso o terrible. El sujeto no puede encontrar las palabras para analizarlo, lo que significaria despegarse un poco de ella.
- **Vivencia de despersonalización:** muy a menudo la extrañeza se vive en la esfera del cuerpo o del pensamiento, y los enfermos se lamentan de ser transformados, metamorfoseados. En efecto, el síndrome de despersonalización es particularmente frecuente e importante en la evolución de estas psicosis. En la esquizofrenia la despersonalización adquiere un acento fantástico, expresándose a través de un lenguaje a menudo ambiguo, abstracto, extraño y contradictorio: “mi alma es una hoja”.
- **Vivencia de influencia:** más a menudo aún, la experiencia delirante es la de un desdoblamiento alucinatorio que expresa en forma de acontecimientos la debilidad y la disociación del Yo. La forma más frecuente de este delirio viene representada en el esquizofrénico por la experiencia de influencia: el paciente está sometido a una serie de comunicaciones, de fracturas o de guía a distancia del pensamiento. Se le adivina, se le sustrae su pensamiento, se le impone. Dichas experiencias estan

generalmente asociadas a un contexto más o menos rico de alucinaciones acústico-verbales, sensitivas, psicomotoras. Cuando pasa cerca de tal persona o de tal objeto, percibe el fluido u oye pronunciar palabras. Los gestos son comentados, enunciados por una voz interior. Palabras forzadas y alucinaciones cenestésicas complementan este cuadro clásico de automatismo mental que está marcado, en la experiencia esquizofrénica, por cualidades propias como abstracciones, metáforas, neologismos, trastornos discordantes del pensamiento.

b) **La elaboración delirante secundaria. El delirio autístico:** el delirio en su forma auténticamente esquizofrénica sobrepasa el de las experiencias delirantes: las prolonga y las organiza en un Mundo autístico: no en un sistema razonador, tampoco en una mitologia fantastica que se superpone a la realidad, sino en su mundo cerrado a toda comunicación, en su mundo interior herméticamente oculto y laberíntico. De tal manera que, a medida que la psicosis se confirma y evoluciona, la constitución de este mundo delirante o mundo propio, representa el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica.

   Este delirio posee los caracteres siguientes: no se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico; es imposible de penetrar y de reconstituir por el observador quien debe contentarse por lo general en reparar en las incoherencias; utiliza modos de pensamiento o de conocimiento mágicos; está constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo.

   Lo que resulta característico en la evolución espontánea de este delirio es su carácter caótico, fragmentario y deshilvanado.

c) **El autismo y la persona del esquizofrénico:** conviene reunir bajo el nombre de autismo (introversión, pérdida de contacto con la realidad, oposición al mundo exterior) lo que caracteriza a la persona misma del esquizofrénico, el Yo alienado en una existencia esquizofrénica.

   Es preciso entender con está palabra la constitución de un mundo propio que tiende a encerrarse sobre sí mismo. La esquizofrenia va a construir este mundo propio, impenetrable, verdaderamente alienado. Se da una pérdida de unidad y de coherencia de la conciencia y de la persona del enfermo. Este, a medida que acentúa progresivamente el desacuerdo fundamental consigo mismo y con los demás, que constituye la disociación, pierde el contacto con lo real y con sus coordenadas espaciales y temporales. Se siente dividido y fragmentado en tanto persona corporal. No lo está menos en tanto que persona continua. Está perdida de la continuidad psíquica disloca el profundo sentimiento de unidad que une la persona a su propia historia. Así fragmentado, no encontrando más que facetas de sí mismo, el esquizofrénico se adhiere a pedazos de realidad o de sueño, de imágenes, de recuerdos o de ideas, sin poder componer o mantener la unidad de su persona.

   El inconsciente emerge de las profundidades hasta la superficie del ser. Mientras nosotros “contenemos normalmente” nuestras pulsiones instintivas, el esquizofrénico, literalmente, no se contiene más. Está total liberación de las pulsiones implica un enviciamiento de las relaciones con los demás o, más exactamente, una aniquilación del mundo de los objetos. En efecto, la catástrofe esquizofrénica anula las relaciones sociales, destruye toda existencia, despoja los objetos de su carga afectiva. Este reflujo de la libido hacía fuentes preobjetales expresa la inmensa apetencia de regresión que conduce al enfermo a satisfacerse en los fantasmas narcisistas, fin último de su comportamiento autístico y fin del mundo real. El proceso esquizofrénico deforma e invierte todo el sistema de la

realidad personal alterando los lazos (creencias, lenguaje, etc) que naturalmente unen el Yo al mundo de la realidad y a la coexistencia social.

Módulo 5 - Trastornos afectivos y del humor

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Madrid: Panamericana. Capítulos: Trastorno Bipolar y trastornos relacionados. Trastornos depresivos. **(NO RESUMIDO)**

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson. Capítulo: Trastorno del estado de ánimo.

Ey, H., Bernard P., Brisset Ch. (1979) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson.

Capítulo: Trastorno del estado de ánimo.

Los trastornos incluidos en está sección tienen como característica principal una alteración del humor. Podemos dividir a estos en:

- **Episodios afectivos:**
- Episodio depresivo mayor
- Episodio maniaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

- **Trastornos del estado de ánimo**
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno bipolar I

Los trastornos del estado de ánimo estan divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los **trastornos depresivos** se distinguen de los **trastornos bipolares** por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Características del episodio

Es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.
El sujeto también debe experimentar al menos 4 de los siguientes síntomas:

- cambios de apetito o peso
- cambios del sueño
- cambio de la actividad psicomotora
- falta de energía
- sentimientos de infravaloración o culpa
- dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación
- planes o intentos suicidas

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

El estado de ánimo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “como en un pozo”. La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.

Casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros pueden llegar a tener más apetito por ciertas comidas como cosas dulces.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (en sus diversas presentaciones). Otras veces, menos frecuente, hay exceso de sueño (hipersomnia).

Los cambios psicomotores incluyen agitación (incapacidad para estar quieto) o enlentecimiento (a nivel de la comunicación, pensamiento o de los movimientos corporales).

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. El menor trabajo puede requerir un gran esfuerzo.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios y recurrentes una o dos veces a la semana. Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales para usarlos en la tentativa de suicido. Si bien estos comportamientos estan asociados estadisticamente con las tentativas de suicidio, no es posible predecir con exactitud cuando el sujeto intentara suicidarse. Los motivos para el suicidio pueden incluor el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstaculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto. Estos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de uno depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

En todos los casos debe haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica. Los síntomas se deben atribuir solamente a un episodio depresivo mayor cuando se ha logrado descargar que puedan ser atribuidos a la enfermedad médica.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos.

Se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este periodo de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual, problemas laborales, escolares, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica; también a uno inducido por sustancias.

Los **episodios depresivos mayores** con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los **episodios maníacos con estado de ánimo irritable o de los episodios mixtos.** Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (exceptuando la duración de 2 semanas) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana, entonces se trata de un episodio mixto.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un **trastorno por deficit de atencion con hiperactividad** como en un **episodio depresivo mayor**; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés.
Un **episodio depresivo mayor** que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo,

incluso si cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, a no ser que persistan durante más de 2 meses, o incluyan deterioro funcional importante, ideas suicidas.

Episodio maniaco

Se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Debe durar al menos 1 semana.
La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros 3 síntomas de una lista que incluye:

- aumento de la autoestima o grandiosidad
- disminución de la necesidad de dormir
- lenguaje verborreico
- fuga de ideas
- distraibilidad
- aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves

Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), deben ser al menos 4 los síntomas que acompañan.

Los síntomas no deben cumplir los criterios para ser considerado un episodio mixto.

La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos.

El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, medicamento, exposición a un tóxico o a los efectos de una enfermedad médica.

El **estado de ánimo elevado** de un episodio maníaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. La cualidad **expansiva** del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. Otras veces la alteración del estado de ánimo predominante es la irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto.

Es característico que se dé una exageración de la autoestima, que va desde la confianza en uno mismo carente de autocrítica hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes. Son frecuentes las ideas delirantes de grandeza.

Casi invariablemente, hay un descenso de la necesidad de dormir. El sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiéndose lleno de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

El lenguaje de tipo maníaco es típicamente verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir. Los sujetos pueden hablar sin parar, algunas veces durante horas y sin importarles los deseos de comunicarse con los demás. A veces el discurso está caracterizado por chistes, juegos de palabras e impertinencias divertidas. Puede mostrarse teatral, con manierismos dramáticos y cantos.

Los pensamientos pueden ser muy rápidos, a veces incluso más rápidos de lo que pueden ser verbalizados. Frecuentemente hay una fuga de ideas que se manifiesta por un flujo casi

continuo de lenguaje acelerado, con cambios bruscos de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

La distraibilidad se pone de manifiesto por la incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes. Puede haber una reducción de la capacidad para diferenciar los pensamientos pertinentes al tema de los que tienen poco que ver con él, o de los que son claramente irrelevantes.

Es frecuente que el aumento de la actividad intencionada implique una excesiva planificación o participación en múltiples actividades, sin tener en cuenta los posibles riesgos o la necesidad de acabar bien cada una de ellas. Casi invariablemente, hay un aumento de la sociabilidad, sin tener en cuenta la naturaleza entrometida, dominante y demandante de estas interacciones.

Frecuentemente, demuestran una agitación o inquietud psicomotoras, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo.

Síntomas similares a los que se dan en un episodio maníaco pueden aparecer como resultado de los efectos directos de un medicamento antidepresivo, una terapéutica electroconvulsiva, una terapéutica lumínica o un medicamento para otra enfermedad. Estos cuadros no se consideran episodios maníacos.

Curso

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida.

Síntomas y trastornos asociados

Es frecuente que los sujetos no reconozcan que estan enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con familiares o cuidadores. El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás.

Las consecuencias adversas de un episodio maníaco a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y la hiperactividad.

El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas maníacos aparezcan simultáneamente. El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana.

A medida que se desarrolla el episodio maníaco, suele haber un aumento del consumo de alcohol o estimulantes, que pueden exacerbar o prolongar el episodio.

Diagnóstico diferencial

Deben ser distinguidos por trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias o debido a enfermedad médica. Además, los episodios maníacos deben ser distinguidos de los episodios hipomaníacos. Si bien ambos tienen unos síntomas característicos idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro

social o laboral importante, ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.

Los **episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable** pueden resultar difíciles de distinguir de los episodios maníacos con estado de ánimo irritable o con los episodios mixtos.

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio maníaco se caracterizan los dos por una actividad excesiva, comportamiento impulsivo, empobrecimiento del juicio y negación de problemas. El trastorno por deficit de atencion con hiperactividad se distingue del episodio maníaco por su inicio típicamente temprano (antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo o elevado o de síntomas psicóticos.

Episodio mixto

Características del episodio

Se caracteriza por un periodo de tiempo, de al menos 1 semana de duración, en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor.

Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

Síntomas y trastornos asociados

Sus características asociadas son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento.

Diagnóstico diferencial

Debe diferenciarse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o uno inducido por sustancias.

Los episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable y los episodios maníacos con estado de ánimo con predominio del humor irritable pueden ser difíciles de distinguir de los episodios mixtos.

La diferenciación entre un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un episodio mixto es similar (con la excepción de que, en este caso, es un episodio mixto) a la diferenciación entre un episodio maníaco y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Episodio hipomaniaco

Características del episodio

Se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de los siguientes:

- Aumento de autoestima o grandiosidad (no delirante)
- Disminución de la necesidad de dormir
- Lenguaje verborreico
- Fuga de ideas
- Distraibilidad
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves

Si el estado de ánimo es irritable, debe haber al menos 4 de los síntomas anteriores.

Está lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto en que no puede haber ideas delirantes o alucinaciones.

Un episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral.

El estado de ánimo elevado de un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que en el de una evidente grandiosidad. Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir; el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso del sujeto suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos. La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve.

Suele haber distraibilidad. El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades, las cuales son creativas y productivas.

Suele haber un aumento de la sociabilidad y puede existir un aumento de la actividad sexual. Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonables. No obstante estas actividades estan bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un sujeto maníaco.

Diagnóstico diferencial

Debe diferenciarse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, o a uno inducido por sustancias.

Los episodios maníacos deben ser distinguidos de los episodios hipomaníacos. Si bien tienen síntomas idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro importante social o laboral ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.

La diferenciación entre un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un episodio hipomaníaco es similar (con la excepción de que, en este caso, es un episodio hipomaniaco) a la diferenciación entre un episodio maníaco y un trastorno por deficit de atencion con hiperactividad.

Se debe distinguir de la eutimia, especialmente en los sujetos que han estado crónicamente deprimidos y que no estan acostumbrados a la experiencia de un estado de ánimo no depresivo.

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor (Trastorno de depresión mayor en DSM-V)

Características diagnósticas

Su característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. No se deben tener en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni debidos a enfermedad médica.

Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no estan superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maniacos o hipomaniacos aparecen como efecto directo de una sustancia o medicamento, o debido a una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Relativos a la edad

Las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 44 años. Las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

Síntomas y trastornos asociados

De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor, como trastornos relacionados con sustancias, trastornos de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

Una historia de un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco excluye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Deben ser diferenciados de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un periodo de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un periodo de al menos 2 años.
El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

Solo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor. Por ejemplo, ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos; o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (Por ejemplo, que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

El trastorno esquizoafectivo difiere del trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos, por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. Puede haber síntomas depresivos durante la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno psicótico no especificado. En la mayoría de los casos estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas a estos trastornos y no son tributarios de un diagnóstico independiente.

No obstante, puede realizarse un diagnóstico de trastorno depresivo no especificado adicional al diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios completos para un episodio depresivo mayor.

En los ancianos suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un trastorno depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia premórbida de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un trastorno depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Trastorno distímico (Trastorno depresivo persistente o distimia en DSM-V)

Características diagnósticas

La característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado.

Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes:

- pérdida o aumento de apetito
- insomnio o hipersomnia
- falta de energía o fatiga
- baja autoestima
- dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- sentimientos de desesperanza

Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles.
A lo largo del periodo de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Solo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos.

Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor).

Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico.

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos de una sustancia, o una enfermedad médica.

Los síntomas deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o escolar, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificaciones

Es de inicio temprano si se produce antes de los 21 años. Es de inicio tardío si se produce a los 21 años o con posterioridad.

Síntomas y trastornos asociados

Las características asociadas son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Los síntomas más frecuentes son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad.
Los síntomas vegetativos (sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor.

Puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia.

Curso

Frecuentemente tiene un inicio temprano e insidioso (en la niñez, adolescencia o principio de la edad adulta), así como un curso crónico.

Diagnóstico diferencial

Resulta especialmente difícil diferenciarlo del trastorno depresivo mayor por el hecho de que comparten síntomas parecidos, y porque sus diferencias en inicio, duración , persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente. Normalmente, el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

Los síntomas depresivos pueden ser una característica asociada habitual en los trastornos psicóticos crónicos (esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante). No se establece un diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas se presentan únicamente en el curso del trastorno psicótico.

Se debe diferenciar del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Trastorno depresivo no especificado

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, etc.

Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

- **Trastorno disfórico premenstrual:** los síntomas (estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, estudios o actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
- **Trastorno depresivo menor:** episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los 5 ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor
- etc

Trastornos bipolares

Trastorno bipolar 1

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar 1 es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Los episodios no deben haber sido inducidos por sustancias o enfermedades médicas. Además, no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no estan superpuestos a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.

El trastorno bipolar 1 se subclasifica según se trate de un primer episodio (maníaco o depresivo) o según si el trastorno es **recidivante**. La **recidiva** viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos o depresivos. El cambio de polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o mixto, o en el que un episodio maníaco o mixto evoluciona hasta un episodio depresivo mayor.

Por el contrario, si lo que evoluciona hasta un episodio maníaco o mixto fue un episodio hipomaníaco, esto se considera solamente un episodio. Lo mismo sucede cuando el episodio maníaco evoluciona hacía uno mixto, o viceversa.

Curso

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar 1 vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos siguen mostrando una labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales.

Diagnóstico diferencial

Los episodios de cualquier índole en un trastorno bipolar 1 deben ser diferenciados de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

El trastorno bipolar 1 se distingue del trastorno depresivo mayor y del trastorno distímico por la historia a lo largo de la vida de al menos un episodio maníaco o mixto.

El trastorno bipolar 1 se distingue del trastorno bipolar 2 por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar 2 presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar 1.

En el trastorno ciclotímico se dan numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor y períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar 1 se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se pueden diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar 1.
El diagnóstico diferencial entre los trastornos psicóticos y el bipolar 1 es a veces difícil, porque estos pueden compartir algunos síntomas en su presentación. y en el inicio de su

curso. Al contrario que en el trastorno bipolar 1, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante estan caracterizados por períodos de síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Los síntomas maníacos y depresivos pueden presentarse en una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, pero rara vez son suficientes en número, duración e importancia como para cumplir los criterios para un episodio maníaco o depresivo mayor. Sin embargo, cuando se cumplen los criterios completos, además del diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, se puede realizar el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado.

Si se da una alternancia muy rápida (en días) entre los síntomas maníacos y depresivos, que no cumplen los criterios de duración mínima para un episodio maníaco o depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno bipolar no especificado.

Trastorno bipolar 2
(episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaníacos)

Características diagnósticas
La característica esencial es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar 2.

Los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no han de estar superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, o un trastorno psicótico no especificado.

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

En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismo. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos pueden no considerar patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de amigos o familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar 2.

Síntomas y trastornos asociados
Las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden asociarse con el trastorno bipolar 2. Los trastornos mentales asociados incluyen el abuso o la dependencia de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastorno límite de la personalidad.

Si se presenta un episodio maníaco o mixto en el curso de un trastorno bipolar 2, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar 1.

Diagnóstico diferencial
Los episodios de cualquier índole en un trastorno bipolar 2 deben ser diferenciados de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

El trastorno bipolar 2 se distingue del trastorno depresivo mayor y del trastorno distímico por la historia anterior de al menos un episodio hipomaníaco. El trastorno bipolar 2 se diferencia del trastorno bipolar 1 por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos en el segundo.

En el trastorno ciclotímico hay numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar 2 se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. Si se da un episodio depresivo mayor después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se puede realizar el diagnóstico adicional de trastorno bipolar 2.

El trastorno bipolar 2 se debe distinguir de los trastornos psicóticos. Tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante estan caracterizados por síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes.

Trastorno ciclotímico

Características diagnósticas
La característica esencial es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante un periodo de 2 años, todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico solo se establece si en el periodo inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto.

Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar 1.

Después de los 2 años iniciales puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar 2.

No se establece el diagnóstico si el patrón de las oscilaciones del estado de ánimo es atribuible a un trastorno esquizoafectivo o si está superpuesto a un trastorno psicótico como una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, en cuyo caso los síntomas afectivos se consideran características asociadas al trastorno psicótico.

Aunque algunas personas presentan una actividad especialmente buena durante alguno de los períodos de hipomanía, globalmente, como resultado de la alteración del estado de ánimo, tiene que haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El deterioro puede presentarse como resultado de los periodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo.

Síntomas y trastornos asociados
Puede haber trastornos relacionados con sustancias y trastornos del sueño.

Curso
Suele empezar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Un comienzo más tardío del trastorno ciclotímico sugiere un trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial
Debe diferenciarse del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

El trastorno bipolar 1, con ciclos rápidos, y el trastorno bipolar 2, con ciclos rápidos, pueden asemejarse al trastorno ciclotímico en virtud de los notables y frecuentes cambios del estado de ánimo. Por definición, los estados afectivos en el trastorno ciclotímico no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, mientras que la especificación con ciclos rápidos exige que estén presentes los episodios afectivos completos.

Si se presenta un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto en el curso de un trastorno ciclotímico ya instaurado, se realiza el diagnóstico de, dependiendo de cual episodio se presente, trastorno bipolar 1 o 2, junto con el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

El trastorno límite de la personalidad se asocia con marcadas oscilaciones del estado de ánimo que pueden sugerir un trastorno ciclotímico. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, pueden diagnosticarse los dos.

Especificaciones para describir el episodio más reciente

Especificaciones de gravedad/psicosis para el episodio depresivo mayor: pueden ser **leves** (5 o 6 de los síntomas depresivos y una incapacidad leve); o **graves sin síntomas psicóticos** (se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas y una incapacidad evidente y observable); **graves con síntomas psicóticos** (con alucinaciones o ideas delirantes), estos síntomas psicóticos pueden o no tener relación con los temas depresivos.

Especificaciones de gravedad/psicosis para el episodio maníaco: los episodios **leves** se caracterizan por la presencia de solo 3 o 4 síntomas maníacos. Los episodios **moderados** estan caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios **graves sin síntomas psicóticos** se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás. Los episodios **graves con síntomas psicóticos** se indican por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, las cuales pueden o no tener relación con los temas maníacos.

Especificaciones de gravedad/psicosis para el episodio mixto: los episodios **leves** se caracterizan por la presencia de solo 3 o 4 síntomas maníacos y 5 o 6 síntomas depresivos. Los episodios **moderados** estan caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios **graves sin síntomas psicóticos** se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se

pueda causar a sí mismo o a los demás. Los episodios **graves con síntomas psicóticos** estan indicados por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, en la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos o depresivos.

Ey, H., Bernard P., Brisset Ch. (1979) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Tercera parte: estudio clínico de las enfermedades mentales

Generalidades

Lo que caracteriza a las **enfermedades mentales o psicosis agudas** es el estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, ciertamente, pueden reproducirse, pero que presentan una tendencia natural a la remisión e, incluso, a la restitución integral. Dentro de este grupo distinguiremos: las psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de la epilepsia.

Lo que caracteriza las **enfermedades mentales crónicas** es el presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica. Según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo: las neurosis, las psicosis esquizofrenia y finalmente las demencias.

Capítulo 1. Las “reacciones neuróticas agudas” (psiconeurosis emocionales)

Estos episodios de angustia han sido descritos con diversas denominaciones. Nosotros las definiremos como **reacciones ansiosas desencadenadas por un shock emocional.**

Lo destacable de estas son:

1. que los síntomas patológicos estan relacionados con acontecimientos actuales de la vida (es el aspecto “reaccional” de estos estados)
2. que el umbral de la hiperemotividad o de la angustia es anormalmente bajo
3. que los síntomas consisten esencialmente en reacciones afectivas violentas
4. que estas reacciones ponen en juego tendencias más o menos inconscientes

Para comprender mejor está exposición debe tenerse presente que estos estados siguen, por lo general, a traumatismos brutales y particularmente graves, cuyo prototipo viene representado por las neurosis de guerra. Sin embargo pueden también sobrevenir a continuación de acontecimientos penosos menos dramáticos. En este último caso no hacen sino manifestar la brusca descompensación de un precario equilibrio afectivo.

La angustia aguda, el estado de pánico, será estudiado como una intensa reacción al sufrimiento en el más amplio sentido del término.

Descripción clínica

La crisis aguda de angustia es una tempestad de todo el organismo. La unidad psicosomática está profundamente trastornada, a veces momentáneamente comprometida, en una especie de lucha anárquica por la conservación. Los estados más graves conducen a una disolución más o menos profunda de la conciencia y la mayoría dan lugar a múltiples manifestaciones somáticas.

- **Crisis confusoansiosas**

Estas crisis dan lugar a los cuadros clínicos de estupor, agitación o confusión mental. Estos diversos trastornos, por otra parte, pueden presentarse en forma sucesiva o continua en el mismo enfermo.

Ciertos sujetos quedan paralizados por el miedo, inertes, bloqueados e inconscientes respecto al acontecimiento en que estan inmersos. Las percepciones estan casi abolidas, el contacto social interrumpido, la actitud es de sideración[3]. La expresión mímica es vacía, atontada, pudiendo decirse que estos estados recuerdan a la hipnosis y la fascinación. En algunos de estos sujetos, el desmayo constituye la forma de sustraerse a los estímulos inaceptables.

Otros adoptan una actitud inversa, la de una agitación incoercible. Se trata entonces de movimientos, de un tumulto emocional sin límites ni unidad (gritos, pataleos, violencias, etc). En sujetos predispuestos puede observarse a veces una crisis epileptiforme, o manifestación arcaica de la defensa por el movimiento. La consciencia es incapaz también de “tomar distancia” del acontecimiento.

Finalmente, el sujeto puede entrar en un estado confusional típico: desorientado, perdido en el tiempo y en el espacio.

Los raptus ansiosos consisten en emergencias impulsivas que manifiestan una brusca e intensa dramatización de la posición ansiosa. El sujeto se precipitva en una tentativa de suicidio o, más raramente, en una impulsividad agresiva.

- **Crisis histeroansiosas**

Por lo general, las reacciones agudas de angustia se desarrollan en forma menos intensa, no alcanzando un nivel tan profundo de desestructuración de la conciencia. En estos casos son vivenciadas como un desasosiego interior, un conflicto de culpabilidad o de inseguridad. Entonces, la crisis ansiosa constituye una respuesta intensa y abrupta emocional ligada a una “idea fija” o a la situación patógena.

Comporta una vertiente somática (palidez, sudores, etc). Unas veces agitado, otras postrado, el enfermo se queja de una sensación asfixiante de opresion torácica. Disnea, taquicardia, náuseas, vómitos, etc, todos estos trastornos son vivenciados en un contexto de enloquecimiento, con frecuencia comparado al vértigo. A veces se producen, como “descarga de urgencia”, movimientos involuntarios (tics, expresiones más o menos teatrales, llantos, gritos, etc. La repetición de estas descargas ejerce una función de apaciguamiento progresivo de la misma tensión que expresan. Los trastornos del sueño manifiestan a la vez el exceso de tensión que impide conciliar el sueño, y la necesidad de expresión que da lugar a pesadillas. Estos sueños terroríficos contribuyen también, por su repetición, al apaciguamiento del conflicto interior.

En cuanto a la vertiente psicológica del cuadro, el enfermo se siente frente a un peligro al mismo tiempo terrorífico (muerte) e imaginario. Es decir, el trastorno de conciencia, si bien es menos profundo que en los estados precedentes, existe de manera constante en forma de un estado crepuscular de angustia. El sujeto se encuentra como cautivado por la percepción dolorosa de su propio sufrimiento, se halla invadido por está experiencia fascinante de un peligro que él se presenta a sí mismo y le “hipnotiza”.

[3]Anulación total y repentina de todas las actividades emocionales y motoras de una persona tras sufrir un accidente o un suceso traumático.

- **Crisis de angustia psicosomática**

La expresión somática puede ser prevalente en un sector funcional. El caso es frecuente y suele tratarse de dolores torácicos, de espasmos digestivos o urinarios. Está manifestación somática puede presentarse incluso muy aislada.

La expresión psicológica puede presentarse también en forma prevalente o aislada, y el aspecto del sufrimiento moral, de los pensamientos pesimistas del espanto o de la huida, constituir la única manifestación del acceso angustioso. Por lo general la ansiedad es vivenciada menos profundamente que en la melancolía, y en forma de experiencias imaginarias y de conductas teatrales que buscan y reclaman un interlocutor tranquilizador.

Evolución

La característica que asemeja entre sí estas crisis es su evolución esencialmente rápida y reversible. Evolucionan en algunas horas, o en algunos días.

Resolución

Raramente tiene lugar en forma brusca y masiva. Con frecuencia durante la resolución alternan ondas de apaciguamiento y de reagudización, desempeñando la repetición imaginaria del acontecimiento un papel de “catarsis”. Más frecuentemente aún persisten durante meses signos menores de ansiedad.

Capítulo II. Las crisis de manía

Se denomina manía a un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsiones instintoafectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquicos, psicomotor y neurovegetativo.

El acceso maníaco

Circunstancias de aparición

El acceso aparece, por lo general, entre los 20 y los 50 años en sujetos que, con frecuencia, presentan características genéticas específicas. Finalmente, suele encontrarse, en los días que preceden a su aparición, una causa desencadenante.

Formas de comienzo

Su inicio puede estar caracterizado por una fase depresiva o por un estado premonitorio de exaltación emocional de algunas horas o varios días.

Otras veces, el inicio es brutal y sin pródromos: la crisis irrumpe de golpe, súbitamente. El enfermo se siente invadido por un sentimiento eufórico de bienestar y felicidad, por una necesidad irresistible de actividad y movimiento. El insomnio es total. Las palabras se hacen cada vez más abundantes y rápidas. El paciente forja múltiples proyectos, se muestra alborotador, se irrita con facilidad, emplea términos groseros, raros en él y que sorprenden a los que le rodean. Fuma y bebe más de lo habitual o manifiesta una excesiva excitación sexual.

Periodo de estado

La **presentación** es característica. El porte del paciente es extravagante y desaliñado, incluso a veces se desnuda. Su cara está animada, alegre o furiosa, los ojos brillantes. Habla sin cesar. El contacto con este enfermo, generalmente agitado pero jovial, familiar y a veces bromista, es bastante fácil. No cesa de estar en movimiento; la agitación puede alcanzar una intensidad extrema y llegar al estado de “furor maníaco”, en el curso del cual el enfermo revuelve todos los objetos de su habitación, intenta romperlo todo y se vuelve grosero y desaseado.

Excitación psíquica y fuga de ideas: el maníaco da la impresión de una aceleración de todos los procesos psíquicos (asociaciones de ideas, sucesión de representaciones, memoria, etc). Está aceleracion del ritmo del pensamiento o taquipsiquia se manifiesta a través de algunos trastornos característicos:

- Aceleración de las representaciones (palabras, imágenes, ideas, recuerdos) mentales
- Asociación de ideas rápida y superficial
- Distracción; incapacidad de escoger estímulos, reacción a todos los estímulos exteriores, la atención voluntaria es prácticamente imposible
- Las percepciones no estan trastornadas fundamentalmente, y, por lo general, el maniaco percibe el mundo exterior de manera normal. Sin embargo, puede llegar a tener ilusiones y hasta alucinaciones.
- La imaginación está también exaltada y por ello puede tener producciones imaginativas pseudodelirantes
- Presenta logorrea o graforrea

La fuga de ideas es el síntoma principal de está excitación psíquica. Puede decirse que por sí solo resume todos los otros. Es un aspecto fundamental de la “volatilidad” maniaca. La fuga de ideas y la taquipsiquia no se reducen, como su nombre podría hacer creer, a un simple exceso de velocidad. Se trata, en realidad, de una exaltación del ser psíquico en su totalidad, y es precisamente está exaltación la que hace brincar y saltar al maníaco en una danza frenética, a la que le arrastra la exuberancia de sus desenfrenadas tendencias instintoafectivas.

La exaltación del humor: el estado afectivo del maníaco viene caracterizado por la expansividad y la hipertimia. Estas se manifiestan en especial a través de la euforia y del optimismo. El maníaco se siente admirablemente bien, pletórico, infatigable, dichoso de vivir. Pero su tonalidad afectiva es inestable y así pasa rápidamente de la alegría a las lágrimas y de las lamentaciones a la cólera. Se muestra irónico, gusta de ridiculizar a su interlocutor. Puede volverse irritable, violento e incluso furiosamente agresivo.

Casi siempre existe una excitación erótica. Está puede limitarse a frases, proposiciones o gestos de coquetería o seducción, pero puede también manifestarse a través de actitudes groseras y obscenas, de exhibicionismo, masturbacion y, si el enfermo goza de libertad, por excesos genésicos o una escandalosa desvergüenza.

La excitación psicomotriz y el juego: el maniaco siente una necesidad imperiosa de actividad. El rasgo dominante de está actividad es el juego: el maniaco representa escenas, improvisa escenarios, imita a personajes conocidos. La característica de este juego es el tomar sus elementos del mundo exterior. El maníaco queda adherido a la realidad de su medio ambiente y parece entregarse a él con alegría. Presiona a las personas que le rodean para que entren en escena. Todos los objetos se convierten en accesorios, e incluso en compañeros, de la comedia que representa para sí y para los demás.

A veces, la desordenada actividad de los maniacos les impulsa a reacciones peligrosas y medicolegales. Pero sobre todo se trata de reacciones pendencieras o escandalosas.

Síndrome somático: por lo general, el estado orgánico se halla trastornado. El acceso maníaco se acompaña de adelgazamiento y la recuperación del peso no se produce más que cuando se aproxima la curación.

Los trastornos del sueño son muy importantes. Parece como si la necesidad de dormir desapareciera casi totalmente sin ocasionar fatiga.

El hambre y la sed estan aumentadas. El enfermo se muestra glotón y bebe grandes cantidades de líquidos. A veces la regulación térmica está perturbada.

Las secreciones estan aumentadas, especialmente la saliva y la sudoración.

Duración

La duración actual de un acceso varía entre algunas semanas y varios meses (en su evolución espontánea, alrededor de 4 o 5 meses). Habitualmente se resuelve, pero recidiva con frecuencia. Su terminación se realiza de manera brutal o progresiva.

Formas clínicas

Las crisis de manía puede presentar múltiples formas clínicas, que clasificaremos en formas *semiologicas, evolutivas, etiológica y mixtas.*

A- Formas semiológicas

Hipomanía: se trata de un estado de agitación que ha sido llamado forma benigna o atenuada de la excitación maníaca. El estado hipomaníaco puede ser caracterizado de un modo descriptivo por un humor fundamentalmente jovial, eufórico, una superabundancia de ideas y de actividad.

La exuberancia del pensamiento y del lenguaje se expresa por una gran facilidad en la conversación y sobre todo por una abundancia excesiva de la palabra y de los escritos. En el grado más ligero, el sujeto pasa por vivo, espiritual, inteligente, brillante pero rápidamente agresivo, irritable, autoritario, sarcástico.

En el campo de la actividad, el hipomaniaco tiene un comportamiento bastante característico: siempre está constantemente en actividad, siempre necesita hacer alguna cosa, no parece descansar nunca y no parece experimentar cansancio. Toma numerosas iniciativas y se embarca en empresas múltiples y dispersas que muy raras veces son terminadas. Como el control moral está más o menos alterado, puede entregarse a excesos sexuales o a una agitación tan desordenada que a veces llega a ponerse en situaciones delicadas desde el punto de vista medicolegal.

Si bien este comportamiento puede constituir un periodo de crisis, un acceso y entonces constituye una forma menor de la manía aguda; la mayor parte de las veces se trata de un estado habitual de exaltación y de movilidad del humor que frecuentemente hace muy dificil la relacion con esos sujetos y sobre todo el trabajo en grupo o dentro de un equipo con ellos.

Manía delirante y alucinatoria: si bien en el acceso maníaco franco no existen ni delirio propiamente dicho ni alucinaciones, en ciertas formas con una desestructuración más profunda de la conciencia se observan “experiencias delirantes”. La mayoría de las veces se trata de fabulaciones inconscientes, de un “delirio verbal”.

Mania sobreaguda o furor maníaco: se caracteriza por una agitación con notable oscurecimiento de la conciencia. En está forma puede observarse rechazo de alimentos y signos orgánicos graves de agotamiento: deshidratación, hipertimia[4], etc., los cuales, en su forma externa, se confunden con el cuadro del “delirio agudo”.

Estados mixtos maniacodepresivos: en ocasiones, junto a los síntomas maníacos se imbrican síntomas de la serie melancólica. Está imbricación, característica de los estados mixtos, es comprensible si se tiene en cuenta que manía y melancolía son dos términos antagonistas de una misma estructura conflictiva de la conciencia.

B- Formas evolutivas

Las manías crónicas: la manía es típicamente una “crisis”; sin embargo, a continuación de una o varias crisis maníacas, no es excepcional poder observar la organización de un verdadero comportamiento maníaco crónico.

C- Formas etiología

Acceso maniaco senil y presenil: debido a trastornos de la nutricion celular u otras cuestiones biologicas. A veces el sindrome maniaco de los ancianos constituye el inicio de una demencia senil, aunque no siempre ocurre así.

Acceso maníaco tóxico: producido sea ya por sustancias como el alcohol, cocaína, hachís; o también por fármacos antidepresivos.

Resumen

La crisis de manía comporta un aspecto regresivo o deficitario y un aspecto positivo de liberación de las instancias inferiores.

La estructura negativa se caracteriza por: a) trastornos de las funciones de síntesis: atención embotada, percepción precipitada, etc.; b) alteración de la lucidez que, paradójicamente, produce la impresión de una “hiperlucidez maníaca”, pero que en realidad es un primer estadio del estado crepuscular de la conciencia; c) destrucción temporal ética de la conciencia, es decir la pérdida, por parte de la conciencia mórbida, de su capacidad de moderación y de adaptación a las exigencias del presente.

La estructura positiva se caracteriza por: a) un comportamiento de juego; b) la ficción o fabulación que representa en el plano de lo imaginario lo que el juego en el dominio del comportamiento; c) la liberación de pulsiones.
Disminuido en la estructura ponderada y equilibrada de su conciencia, el maníaco se lanza a una especie de dilatación de su existencia; se proyecta más allá de lo imposible presente y volatiliza hasta el extremo las posibilidades de su potencia de optimismo y de ilusión.

[4]La persona se siente alegre, optimista, satisfecha de sí misma y del entorno.Dicho sentimiento no va ligado, normalmente, a situaciones reales que lo justifiquen, pero aun en el caso de que así fuera, existe una desproporción entre la situación y la intensidad, claramente anormal, de la reacción.

Capítulo III. Estados depresivos y crisis de melancolía

El estado depresivo

La depresión tal como vamos a describirla no puede ser explicada por simples depresiones de las funciones biológicas; se encuentran, además, sea como consecuencia, o como simple asociación, añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de drenaje o enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y lo empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros. Subjetivamente, el enfermo experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica. Paralelamente experimenta una astenia física y un enlentecimiento de la actividad motriz que se asocian con malestares somáticos variados en relación con unas perturbaciones neurovegetativas siempre revelables.

El enfermo tiene una conciencia dolorosa y muy penosa de está inhibición. Precisemos que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la exageración o la prolongación de este estado lo que se convierte en patológico.

El tercer síntoma, el dolor moral, se expresa en su forma más elemental por una autodepreciacion que puede encaminarse bastante pronto hacía una autoacusación, una autopunición, un sentimiento de culpabilidad.

Nosografía de las crisis depresivas

Las **crisis de melancolía,** y sus formas clínicas, constituye el cuadro más típico de la depresión.

El desencadenamiento de accesos depresivos sobrevienen, muchas veces, bajo la influencia de factores exógenos; sin embargo, se ha observado en estos casos que los accesos sobrevienen casi siempre también favorecidos por una predisposición de la personalidad base, un poco como si la tolerancia a los “estrés” estuviera descendida en determinados individuos. Por está razón todos los estados depresivos que sobrevienen en estas circunstancias se llaman estados depresivos **reactivos** o estados depresivos **neuróticos**.

Algunos autores distinguen del grupo precedente las depresiones igualmente desencadenadas por factores psicógenos que operan está vez no ya por un traumatismo único, sino ejerciendo un estado permanente de “estrés”, estas son las **depresiones de agotamiento.**

La inmensa gama de estados depresivos se distribuye alrededor de dos grupos extremos: las grandes crisis de melancolía endógena y las crisis de depresión neurótica resultante de la descompensación de una estructura neurótica anterior.

Las crisis de melancolía

La crisis de melancolía, la cual se opone casi punto por punto a la manía, es un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

Estudio clínico

Circunstancias de aparición
El acceso se desarrolla con bastante frecuencia después de un shock emocional o en una situación de conflicto, aunque puede sobrevenir sin causa ni ocasión aparente; sin embargo, con bastante frecuencia se encuentran causas desencadenantes que revelan cíclicamente la personalidad maniacodepresiva. Puede aparecer en todas las edades y las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres.

Modo de aparición
El estado melancólico se establece habitualmente con bastante lentitud. Durante semanas (y a veces meses) el enfermo acusa una cierta astenia, cefaleas, dificultades para el trabajo, falta de gusto e interés por todo y en especial un insomnio que se agrava progresivamente. Se torna preocupado, su humor es sombrío, su actividad profesional o doméstica se enlentece.

Periodo de estado

La presentación es característica. El melancolico permanece sentado, inmovil, el cuerpo doblegado y la cabeza flexionada hacía adelante, su cara está pálida y lleva la máscara de la tristeza, los rasgos caídos, los ojos muy abiertos y con la mirada fija, la frente y el entrecejo fruncidos. El enfermo, abatido, no habla, tan solo gime o llora.

Inhibición y abulia: se siente incapaz de querer, se abandona a la inercia. La astenia (cansancio) del comienzo alcanza un tal grado que el enfermo no tiene fuerza para moverse, apenas para vestirse. La inhibición psíquica es el síntoma más constante. Tratándose de una reducción global de todas las fuerzas que orientan el campo de la conciencia, constituye una especie de parálisis psíquica; la ideación es lenta, las asociaciones dificultosas, la evocación penosa, la síntesis mental así como el esfuerzo mental sostenido imposibles; la atención está concentrada sobre los temas melancólicos sin que pueda desprenderse de ellos; la percepción del exterior está prácticamente correcta, pero oscurecida. El enfermo tiene la impresión de vivir en una atmósfera fría, lejana e irreal. El lenguaje está también bloqueado por está inhibición, las frases son raras y monosilábicas. Con frecuencia el melancólico permanece en un semimutismo y a veces, incluso, en un mutismo completo.

Sentimientos depresivos: ocupan el primer plano del cuadro clínico. El paciente aqueja siempre un estado de tristeza profunda que invade más o menos todo el campo de su conciencia. Por otra parte tiene dificultades en expresar su dolor moral, el cual está constituido por sentimientos intensos y vagos, de aburrimiento, de disgusto, de descorazonamiento, de desespero y de lamentos.

El paciente siente un malestar vago, difuso, un sentimiento de inseguridad, una profunda modificación del humor. Tiene una impresión penosa de autodepreciación, de impotencia, de incapacidad, de improductividad, no tan solo en el terreno de la acción, como consecuencia de la inhibición psíquica y motora, sino también en el moral.

Siente una impresión desesperante de anestesia afectiva; se reprocha el no poder amar como anteriormente, el estar como “embotado” en sus sentimientos.

El pesimismo no se manifiesta siempre a través de una idea o de un sentimiento preciso sino que constituye una orientación general de la conciencia hacía la desdicha y la culpa: el futuro no ofrece horizontes, el sujeto no podrá resolver felizmente su existencia a pesar de

lo que haga, jamás será perdonado, nada agradable puede esperar, etc. Este sentimiento de esencial menosprecio se dirige al sujeto mismo, que se convierte sobre todo en una autoacusación. Se acusa de faltas la mayoría de las veces sin importancia; declara haber sido siempre un hombre grosero.

Presenta ideas de indignidad: se siente indigno de toda estima, deshonesto, condenado.

El deseo y la búsqueda de la muerte: son constantes en la conciencia melancólica. El rechazo de alimentos, desde la simple falta de apetito a la más desesperada resistencia frente a toda alimentación.

El suicido llega a veces a hacerse obsesivo; imaginado, deseado y buscado sin cesar. Se le considera a la vez como una obligación, un castigo necesario y una solución.

Examen físico: los trastornos digestivos son constantes; en cuanto al examen cardiovascular, presentan perturbaciones del pulso y la tensión arterial. Los reflejos disminuidos son frecuentes.

Evolución

La crisis de melancolía tiene una evolución espontánea de varios meses (en general 6 o 7). La crisis acaba por lo general como ha comenzado, es decir con bastante lentitud. En el curso de la convalecencia se observan peligrosas oscilaciones del humor, así como recaídas imprevistas.

El recobrar el sueño y el apetito son signos capitales del retorno al equilibrio.

Formas clínicas

A- Formas clínicas semiológicas

Depresión melancólica simple: en está forma domina la inhibición, el sujeto acusa una simple tendencia a la inacción, está asténico y fatigado. El dolor moral es escaso, incluso falta a veces. El paciente sufre una penosa impotencia y una improductividad intelectual; se siente enfermo y tiene necesidad de consuelo.

Melancolía estuporosa: en está forma alcanza su máximo la inhibición psicomotora. El enfermo está absolutamente inmovil: no habla, no come, no hace ningún gesto ni ningún movimiento. Su cara se mantiene fijada en una expresión de dolor y desespero.

Melancolía ansiosa: está forma se caracteriza esencialmente por el predominio de la agitación ansiosa, por la intensidad del miedo, el cual es vivenciado como un verdadero pánico. El enfermo inquieto tiene necesidad de cambiar de lugar, se golpea la cabeza y pecho, se retuerce las manos, se lamenta, solloza, gime y suplica. Sus tormentos le impulsan a evadirse, a buscar la muerte (ideas de suicidio constantes y activas).

Melancolía delirante: las ideas delirantes melancólicas tienen los siguientes caracteres:

- se acompañan de una tonalidad afectiva penosa
- son monótonas, el enfermo repite siempre las mismas ideas delirantes
- son pobres, es decir la idea delirante no se desarrolla a través de construcciones intelectuales: son más ricas en emoción que en contenido ideico
- son pasivas, el paciente acepta con inercia o desespero sus desgracias como si se tratara de una abrumadora fatalidad

- son divergentes o centrífugas, es decir se extienden progresivamente a los que le rodean y al ambiente
- se trata de delirios referidos al pasado (remordimientos, recriminaciones) o al futuro (temor, ansiedad), los cuales retroceden o avanzan demasiado en relación a los acontecimientos presentes

Todas estas “ideas delirantes” son experiencias delirantes de la angustia melancólica. Las ilusiones son frecuentes, pero, por el contrario, las alucinaciones “verdaderas” son raras. Aunque sí pueden observarse frecuentemente pseudoalucinaciones psíquicas y motoras. Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en varios grupos:

1. ideas de culpabilidad
2. ideas de frustración
3. ideas hipocondriacas
4. ideas de influencia, de dominacion y de posesion
5. ideas de negación

Estados mixtos maniacodepresivos: en estos se mezclan los síntomas propios de la melancolía con los de la excitación (turbulencia, perplejidad, agitación, irritabilidad, etc.). L

B- Formas clínicas evolutivas

Melancolía crónica simple: sucede o bien a un acceso agudo que se eterniza o bien a varios accesos, que se van aproximando hasta no quedar separados sino por remisiones incompletas y precarias. Sucede entonces que los síntomas quedan fijados, el dolor moral se atenúa, la actividad se hace estereotipada y, con frecuencia, aparece un ligero debilitamiento intelectual.

Delirios crónicos melancólicos: la organización de un delirio crónico secundario a la melancolía es una noción clásica. Encontraremos estas formas de depresión en los estados depresivos sintomáticos de un proceso psicótico.

Las crisis de depresión neurótica

En estos, en general, la experiencia de la tristeza vivenciada está a la vez más integrada a los acontecimientos actuales y más ligada a la historia conflictual del enfermo.

Circunstancias de aparición

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente tras unas experiencias vividas como una frustración: decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono, etc. Esquemáticamente, la frustración engendra agresividad, la cual engendra culpabilidad, el miedo de perder la estimación y el afecto de los otros, y finalmente la agresividad tiene tendencia a revolverse contra el sujeto mismo.

Admitir un tal mecanismo y, como consecuencia, una tal predisposición es admitir también una personalidad neurótica de base, en cierto modo una neurosis infantil que será reactivada por experiencias estresantes.

Las particularidades semiológicas de las depresiones neuróticas

La ansiedad es generalmente intensa, espectacular, a veces incluso un poco teatral. El contenido de los temas depresivos si no está relacionado con el acontecimiento causal del acceso depresivo, al menos es mucho más comprensible para el observador que los temas

de la melancolía endógena. El enfermo se hace reproches como en la melancolía, pero quiere también y sobre todo que se le escuche, que se le compadezca, que se le consuele. Paralelamente, él acusa a los otros y a la suerte más que a sí mismo. Se queja desesperadamente de su estado psíquico, de su astenia[5] y de su impotencia. Este sentimiento de impotencia parece estar realmente en el centro de la conciencia del deprimido neurótico, quien la proyecta en su demanda de ayuda ambigua expresando la impotencia del médico para curarle, la impotencia de los medicamentos que se le proponen, etc. Sin embargo, la necesidad que tienen estos enfermos de apoyarse en los otros es particularmente característica, y su avidez afectiva puede adquirir un carácter tiránico y agresivo respecto a los que le rodean. Son más sensibles a las influencias del medio que el melancólico, especialmente unas palabras de consuelo pueden mejorar durante unos instantes la reacción depresiva.

Los elementos depresivos, contrariamente a la melancolía endógena, parecen presentar un máximo vespertino.

El comportamiento pseudosuicida, o sea el “chantaje” de suicidio, añade aun a los sintomas precedentes una nota de menor autenticidad del cuadro cilinico que en el acceso melancolico.

Se ha observado también que el enlentecimiento psicomotor es con frecuencia mucho más discreto y permite una expresión más dramática de la ansiedad y de las quejas del enfermo, así como de los trastornos funcionales histeriformes, de las preocupaciones obsesivas, de las fobias, en una palabra de las manifestaciones de la neurosis subyacente.

La depresión en el obsesivo: el parentesco entre el maniacodepresivo y el obsesivo es clasico. El estado depresivo sobreviene raramente en un obsesivo, pues el obsesivo posee en general un sistema de defensa sólidamente organizado contra sus pulsiones agresivas y libidinales, teniendo siempre en cierto modo el objeto a distancia. Sin embargo, siempre corre riesgo de ver desbordadas sus defensas, y entonces pueden producirse tres casos:

a) se puede ver una forma monosintomatica de la melancolia en forma de tema obsesivo, con frecuencia el del suicidio
b) o bien una astenia penosa, verdadero agotamiento en la lucha del obsesivo
c) el obsesivo puede incluso vivir su depresión como un delirio de tinte melancólico

En otros sujetos, los denominados “caracteres obsesivos”, podemos observar formas menores de depresión o estado de comienzo o de término de un acceso depresivo caracterizado por una obsesionalización de los síntomas que constituyen entonces un verdadero equivalente depresivo.

Depresión de inferioridad: es la particularidad de la frustración del objeto, la que constituye está forma de depresión neurótica. La pérdida del objeto puede ser la pérdida de un valor moral que se desploma, la pérdida de un personaje idealizado, o incluso la frustración puede ser debida a un acontecimiento de orden general en el que el sujeto se encuentra prisionero, aun cuando no está dirigido contra él. En todas estas situaciones, parece que la depresión sobreviene en los sujetos cuya organización neurótica de base les predispone a tomar una conciencia intolerable de su inferioridad en determinadas circunstancias, como si la herida narcisista infligida por el acontecimiento (el objeto) pusiera al enfermo en presencia de una situación y de un objeto que evocaran una superioridad fuera de su alcance. Por consiguiente, es menos la frustración sufrida que la motivación imaginaria de está frustración la que no deja ya al sujeto ninguna posibilidad de

[5] Es el término médico para el cansancio crónico.

investimiento positivo o negativo, ninguna posibilidad de amar o de odiar. Vive una situación sin esperanza y sin porvenir.

Particularidades psicométricas y terapéuticas

Las depresiones reactivas: teóricamente, el término de depresión reactiva debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso, pero de una intensidad y una duración que no estan proporcionadas al acontecimiento.

El tipo de depresión perteneciente a este grupo sobreviene en los individuos frágiles, faltos de confianza en sí mismos, poco expansivos, demasiado escrupulosos, generalmente pasivos y asténicos, que poseen desde su juventud una sensibilidad anormal.

El estudio atento a las circunstancias de aparición de una depresión reactiva muestra constantemente que el traumatismo psicológico no es único sino que la causa desencadenante aparente, a la que parece que se puede atribuir el estado depresivo, va unida a condiciones de vida y a un modo de existencia, en el momento en que este acontecimiento sobreviene, que desempeñan generalmente un papel también esencial.

Las depresiones de agotamiento: se ha querido distinguir una forma particular de depresión reactiva que sobreviene a continuación de una sobrecarga emocional prolongada o repetida. El acontecimiento estresante es más bien un conflicto permanente de orden familiar, profesional, moral; pero en todos los casos las tensiones emocionales causantes estan estrechamente ligadas al medio en el que vive el enfermo.

Siempre se encuentra en estos sujetos una personalidad sensible, con frecuencia falta de madurez, escrupulosa, con tendencia a la introversión, al aislamiento, con relaciones sociales difíciles que engendran en ellos temor, incertidumbre, desconfianza y un sentimiento de inseguridad.

Las depresiones crónicas

Se trata de estados duraderos, no evolutivos y rebeldes que son verdaderas formas de existencia depresiva. La personalidad de estos sujetos presentan una tonalidad afectiva duramente sombría de todas las experiencias vitales, un pesimismo fundamental ante la vida que se expresa en particular por meditaciones tristes y aprensiones hipocondríacas.

Los estados depresivos sintomáticos

A veces es posible descubrir otra afección mental que evoluciona bajo los rasgos clínicos de una depresión leve, o bien una afección orgánica disimulada bajo un síndrome depresivo.

Los estados depresivos sintomáticos de una psicosis: la mayor parte de las psicosis, especialmente crónicas, pueden comenzar por un acceso depresivo agudo; este es el caso particularmente de los delirios crónicos y de la esquizofrenia.

Los estados depresivos sintomáticos de las afecciones cerebrales infecciosas o metabólicas: en el curso de todas las afecciones orgánicas puede encontrarse un síndrome depresivo o más sencillamente modificaciones disfóricas del humor. Las principales afecciones orgánicas del sistema nervioso central susceptibles de entrañar un estado depresivo son los tumores cerebrales.

Resumen

La escuela psicoanalítica admite que el melancólico expresa, a través de su comportamiento autoacusador, una profunda frustración por no ser amado o no poder amar. La melancolía es una situación de “pérdida del objeto amado”. De manera que el melancólico se comporta como si estuviera en duelo por el objeto de su amor. Este objeto al ser incorporado (en sus etapas infantiles), queda introyectado, es decir, convertido en parte del sujeto. El melancólico se vuelve contra esa parte de sí mismo de manera encarnizada, como si quisiera destruir está imagen, que es a la vez indispensable a su vida y objeto de su agresividad sistemáticamente dirigida contra sí. De ahí los fantasmas de duelo, de muerte y de autopunición de la melancolía.

Módulo 6 - Las neurosis

Bibliografía

Ey, H., Bernard P., Brisset Ch. (1979) Tratado de psiquiatría . Barcelona: Ed. Masson

- **La personalidad neurótica (pág. 374)**
- **Neurosis de angustia (pág. 396)**
- **Neurosis fóbica (pág. 407)**
- **Histeria (pág. 418)**
- **Neurosis obsesiva (pág. 434)**

Tercera parte. Capítulo II. Las neurosis (La personalidad neurótica)

Definición: las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Producen una perturbación del equilibrio interior del neurótico.
Las reacciones neuropáticas constituyen las formas de enfermedades mentales crónicas "menores", es decir, que desestructuran menos profundamente que la psicosis el sistema del Yo en sus relaciones con la realidad.

Las neurosis vienen caracterizadas por:

a) **Síntomas neuróticos:** son trastornos de conducta, sentimientos o ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y que constituyen, en relación con este conflicto interno, un compromiso del que el sujeto obtiene, desde su posición neurótica, un cierto provecho (beneficios secundarios de la neurosis).
b) **El carácter neurótico del Yo:** este, a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar buenas relaciones con el prójimo ni un equilibrio interior satisfactorio.

Implica tres ideas esenciales:

1) Enfermedad mental "menor" (en relación con las psicosis)
2) Preponderancia de trastornos subjetivos
3) Armazón de procedimientos defensivos, más o menos artificiales e inconscientes, contra la angustia

Estas formas de existencia patológica son vividas como un malestar interior desbordante de angustia. Por lo menos, así sucede mientras las "técnicas" inconscientes de defensa contra la angustia, que constituyen el trasfondo de los síntomas, no han conseguido plenamente su efecto, lo cual es relativamente raro. Sin embargo, la neurosis consigue tan eficazmente neutralizar la angustia, convirtiéndola en un accidente somático tranquilizador (por ejemplo, en la histeria) o invirtiendo su sentido en un sistema de castigo merecido o conjurado (obsesión), que el conflicto interior no vuelve a aparecer. Sin embargo, no por eso deja este de seguir existiendo, constituye el núcleo mismo de la neurosis.

El neurótico no puede considerarse un sujeto pasivo de síntomas, sino más bien, sus síntomas, él los hace, los fabrica, y esto es lo que confiere a la neurosis su estructura artificial.

Estudio clínico de las conductas neuróticas

Anomalías de la actividad sexual: los trastornos de la sexualidad son constantes en los neuróticos.

- **Masturbación:** no puede ser considerada patológica más que cuando es preferida a la satisfacción sexual. Asimismo, su ausencia es también un signo de neurosis, ya que un adulto sin tendencia a la satisfacción sexual, incluso masturbatoria, indica un temor particularmente masivo de las pulsiones sexuales. En ese sentido, **la abstinencia sistemática** constituye a menudo un signo de neurosis.
- **Impotencia:** puede manifestarse de muchas maneras. La abstinencia total (falta de erección), es rara. Más frecuentemente se manifiesta por periodos y de manera incompleta. Se incluyen acá también los trastornos de la eyaculación (precoz, retardada, ausente) y la impotencia orgásmica frecuente y a menudo ignorada por el sujeto.
- **Frigidez en la mujer:** es comparable a la impotencia del hombre pero su frecuencia es infinitamente mayor. Se define por la ausencia de sensación en la relación sexual.

A veces es total, otras parcial. Su intensidad es variable: el placer puede ser débil o estar ausente; puede ser intenso en las caricias preliminares y cesar bruscamente en el momento del coito completo.

Las manifestaciones inconscientes de la agresividad: el neurótico es un ser que tiene "dificultad para vivir": este aspecto del comportamiento del neurótico es el más sorprendente para los que le rodean. Su humor es inestable, intolerante, contradictorio; tiene "mal carácter". Los problemas de agresividad ocupan el primer rango en el estudio clínico. Tienden a las conductas agresivas complicadas y disimuladas, ya que tienen miedo de su propia violencia.

A menudo, la agresividad permanece inconsciente, está inhibida, y se manifiesta fácilmente por medio de conductas de ironía, sarcasmos, terquedad, o bien queda implicada en conductas de indiferencia, astenia, ociosidad, etc.

La agresividad no puede ser vivida como tal sin angustia, y los procedimientos de la neurosis tenderán a **desplazarlo** (por ejemplo, del hermano a los hombres de su edad; de la madre a todas las mujeres); **a invertirla** (se sentirá miedo en vez de agresividad); **o volverla contra uno mismo** (autopunición en lugar de heteroagresividad).

La agresividad retenida en el inconsciente se combina con la inhibición de la sexualidad en múltiples trabas neuróticas de la acción: indecisión, incapacidad, torpeza, tendencia a los contratiempos y a los actos frustrados; miedo de mandar, de satisfacer una ambición, de ganar dinero; de salir, de ir al cine, de escribir, etc.

Los trastornos del sueño: aparecen con gran frecuencia. La dificultad puede ser la conciliación del sueño; a la continuidad del sueño (tiene que ver con la calidad del sueño, el miedo al sueño).

La astenia neurótica: los estados de fatiga constituyen un fondo común a todos los estados neuróticos. La fatiga es el más corriente de los síntomas. Consiste en un estado psicosomático de agotamiento, lasitud y desaliento. Comporta un conjunto de factores somáticos y psicológicos. Estar fatigado es a la vez experimentar una incapacidad y abandonarse a ella. Deben distinguirse:

- La fatiga del histérico: brusca y susceptible de oscilaciones
- La fatiga del obsesivo: a menudo expresión única de su angustia y de su lucha agotadora

La fatiga neurótica comporta elementos comunes: desproporción con las causas alegadas, fracaso del reposo, contexto de ansiedad.

- **Neurastenia:** se habla de ella cuando la fatiga neurótica constituye el síntoma prevalente.
- **Neurosis hipocondríaca:** no puede disociarse, en muchos enfermos, la fatiga neurótica de la neurosis hipocondríaca, en la cual la perpetua preocupación por la salud da lugar a una continua búsqueda de dolores y de sensaciones anormales, en algunas o todas las partes del cuerpo.

Los “estigmas” o trastornos funcionales neuróticos

Pueden encontrarse entre estos, la enuresis, la tartamudez, los tics y el enrojecimiento.

Los “mecanismos de defensa” neuróticos

Está coraza neurótica está arraigada en el carácter neurótico.

Todos los fenómenos neuróticos se basan en una insuficiencia del aparato normal de control. Se les puede comprender como descargas involuntarias de urgencia que ocupan el lugar de las descargas normales. La insuficiencia del aparato de control puede producirse de dos maneras:

1) **Por situaciones traumáticas:** por el aumento del aflujo de estímulos, donde el aparato psíquico está invadido por demasiadas excitaciones en la unidad de tiempo y es incapaz de dominarlas
2) **Por bloqueo de descargas:** donde antiguos bloqueos o disminuciones de las cargas han establecido en el organismo una barrera contra las tensiones, de modo que las tensiones normales actúan ahora como si fueran traumáticas. Es este el que corresponde a los síntomas neuróticos y a sus mecanismos de defensa. Todos estos mecanismos neuróticos tienen como finalidad el disminuir la tensión interior experimentada como angustia o culpabilidad, evitando el reconocerla y manteniéndola fuera del campo de la conciencia.

Estas defensas son esencialmente inconscientes, y si bien todos las tenemos en nuestra vida cotidiana, para el Yo neurótico estas se convierten en la ley misma de su organización.

- **La represión:** mecanismo inconsciente que consiste en rechazar y mantener en el inconsciente las representaciones ligadas a una pulsión
- **El desplazamiento**
- **La proyección:** operación por la cual el sujeto expulsa de sí y sitúa en el otro, persona o cosa, cualidades, sentimientos, deseos, que desconoce y rechaza en el
- **La identificación:** proceso psicológico por el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad o atributo del otro, y se transforma total o parcialmente según el modelo de este.
- **La introyección:** indica el movimiento por el cual el sujeto hace pasar, de una forma fantasmagórica, de lo exterior a lo interior, objetos y cualidades inherentes a tales objetos.
- **Formaciones reactivas:** son conductas manifiestas inversas a los afectos latentes.

Es importante tener en cuenta que los mecanismos neuróticos no logran descargar la tensión del organismo, sino que, por el contrario, llegan solamente a enmascararla, a rehusar el tomar conciencia (lo que da cuenta de la angustia)

Las características del Yo neurótico

Se caracteriza por la lucha que se impone contra sus pulsiones, por los mecanismos de defensa que forman los síntomas de la neurosis o los rasgos de carácter neurótico.

Se trata de un Yo débil, obligado a defenderse contra un terrible peligro interior, imaginario e inconsciente, a fin de transformar por la misma neurosis y sus síntomas, el drama de su ser incompleto en existencia soportable. Así, el neurótico es un enfermo cuya enfermedad compensa parcialmente sus propios tormentos.
Aspectos clínicos del carácter neurótico:

- **El carácter “narcisista fálico”:** se caracteriza por una conducta de afirmación, impulsiva, la búsqueda a cualquier precio del éxito y del prestigio, la imposibilidad de tolerar los fracasos o las críticas. Pueden encontrarse elementos de tipo en los caracteres llamados “paranoicos”
- **El carácter “oral”:** avidez, deseo de satisfacción inmediata, pero también pasividad y dependencia. Se encuentra en los histéricos
- **El caracter “anal”:** actitud de rebelion que corresponde a un comportamietno de suciedad, desorden, despilfarro y de irresponsabilidad. Puede conducir a una limpieza meticulosa, a un orden rígido, al asco y al miedo ante la suciedad y sus imágenes.
- **El carácter “sadomasoquista”:** los neuróticos de este tipo suelen ser a la vez crueles, formalistas y duros, por una parte, y buscan el fracaso, la sumisión y el envilecimiento por la otra.

Clasificación de las neurosis

Se describe generalmente una forma básica: la neurosis de angustia, donde los mecanismos de defensa son relativamente simples y la angustia, por consecuencia, más directa, menos neutralizada y compensada.

Hay también neurosis fuertemente “estructuradas”:

- La neurosis fóbica (histeria de angustia): donde la angustia está comprometida en un sistema ideoafectivo simbólico (agorafobia, fobia a los cuchillos, etc.)
- La neurosis histérica: donde la angustia se neutraliza por sus enmascaramiento en expresiones psicosomáticas artificiales
- La neurosis obsesiva: en la cual la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o de pensamientos mágicos forzados

Pueden entonces clasificarse como:

Neurosis indiferenciada	Neurosis de angustia
Neurosis grandemente diferenciadas	Neurosis fobica Neurosis histérica Neurosis obsesiva

Diagnóstico

Los síntomas neuróticos serán reconocidos como tales por los caracteres siguientes: manifiestan un malestar interior y a menudo una gran angustia, más o menos disimulada. Dan al observador la impresión de un artificio, de una complicación y de una práctica activamente buscada. Estan en evidente relación con las situaciones y las emociones presentes o pasadas. Se manifiestan en sujetos desequilibrados. Estan también en evidente relación con los complejos o fantasmas inconscientes.

En su diagnóstico diferencial, se tendrá en cuenta un hecho capital, y es la posibilidad que tiene el neurótico, bajo la máscara de su neurosis, de entrar en contacto con los demás, en un mundo común y real. En efecto, a pesar de las extravagancias de su conducta, a pesar de su técnica de lo imaginario y del simulacro, el neurótico permanece adaptado o de acuerdo con la realidad.

Tercera parte. Capítulo III. Neurosis de angustia. Estado de ansiedad crónica o constitucional. La personalidad ansiosa.

Se entiende bajo este nombre los comportamientos neuróticos, en los que los síntomas neuróticos más destacados estan constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente.

Estas conductas estan compuestas por todos los síntomas de una ansiedad caracterizada por un “terreno ansioso” y, más desde el punto de vista psicopatológico, por un perpetuo estado de alerta y de miedo.

Todo estado neurótico, bien revista la forma neta y definida de la histeria o bien la de la neurosis obsesiva, implica este fondo de angustia. La neurosis de angustia constituye, por lo tanto, como una especie de tronco común de la organización neurótica en marcha hacía conductas neuróticas más estables y más estructuradas.

Descripción clínica

La neurosis de angustia comporta crisis sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional.

Las crisis de angustia: este cuadro clínico se descompone en elementos somáticos y psíquicos con gran prevalencia de la angustia física.

1) **Los elementos somáticos de la crisis:** generalmente son puestos en primer plano por el paciente. **Síntomas respiratorios** como la disnea, asma, tos, crisis disfonicas o afónicas. **Síntomas cardiovasculares**, que a veces son dolorosos, donde se incluyen palpitaciones, taquicardia e incluso arritmia, dolores como quemaduras, hinchazones, punzadas, etc. **Síntomas digestivos** como espasmos gástricos o intestinales, náuseas, vómitos o diarrea, sequedad en la boca, etc. También hay **síntomas urinarios, neuromusculares, sensitivosensoriales y cutáneos.**
2) **Los elementos psíquicos de la crisis:**

- **Peyoracion imaginaria de la existencia:** la angustia crea y mantiene una serie de sentimientos paralizadores y pesimistas. Es vivida como una pesadilla obsesionante, irreal; al sujeto le parece que proviene de un drama interior.
- **La espera de un peligro:** inquietud, aprensión, perplejidad, duda, desaliento, temor, miedo o terror, miedo del pasado, del presente y del futuro.
- **Desarrollo:** la rebelión del sujeto ante este peligro vago e inminente conduce a una desorganización de su capacidad de ordenar sus perspectivas. El ansioso no solo se encuentra amenazado, sino que experimenta, en relación al peligro, una oscura solicitud, una atracción cruel. Existe una especie de **ambivalencia** de la situación vivida como amenazadora y como una amenaza deseada. El ansioso se encuentra apresado por su vértigo, desposeído de sus facultades de análisis y de control. No puede ni quiere ser convencido.

El estado permanente de ansiedad

Cuando la angustia se establece como un estado crónico, las perturbaciones anteriores sufren modificaciones debido a su duración.

Las alteraciones psíquicas estan disminuidas, en relación a las de las crisis de angustia. Pero su sentido sigue siendo el mismo; la espera del peligro, la perspectiva peyorativa de los acontecimientos y del porvenir, el trastorno del ser, los sentimientos de inquietud, son vividos simplemente en un grado menor.

Los trastornos psicosomáticos:

a) **Trastornos del sueño:** dificultad en conciliar el sueño (por rumiación mental) o fragilidad del sueño (despertares frecuentes, pesadillas). Más raramente el sueño es excesivo sin que proporcione reposo. El ansioso tiene miedo de abandonar su vigilancia, tiene miedo de dormir.
b) **Inestabilidad, subagitacion e irritabilidad:** el sujeto no permanece quieto ni un instante. Hiperemotivo, reacciona a todos los estímulos, con excesivos signos de emoción.
c) **Trastornos funcionales:** urinarios o graves de la sexualidad: el deseo sexual está disminuido o suprimido.
d) **Hipertonía muscular e hiperreflexiva:** músculos crispados, siendoles imposible una completa relajación.

La constitución ansiosa

La neurosis de angustia se presenta, en forma de crisis, más o menos brutales, que inciden en una personalidad alterada en su desarrollo caracterial.

La ansiedad crónica se organiza a semejanza de una neurosis caracterológica. Constituye una posición sistemática ante la existencia, como una constitución basada sobre la angustia. Visto desde el exterior, el sujeto ha manifestado desde la infancia una tendencia a la inquietud, y ha pedido sin cesar protección. Los familiares, maestros, jefes, se convierten en los soportes necesarios para su seguridad.

Su vida entera está instalada en la ansiedad. Estas personalidades, que no han podido jamás constituir un Yo verdaderamente independiente, se comportan ante los "traumatismos" (fracasos, decepciones, muertes, etc.) de su existencia. Puede decirse que, verdaderamente, el ansioso los "espera", no solo considerándolos pruebas terribles, sino también como pruebas suplementarias de su permanente aflicción. Los traumatismos son a la vez muy fáciles de provocar y muy variables en sus efectos para cada persona.

Los factores de predisposición

Estos enfermos parecen estar abocados a la angustia por la misma organización de su personalidad.

Tercera parte. Capítulo IV. Neurosis fobica

Está caracterizada por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizador.

La fobia puede entenderse desde acá como el síntoma constituido debido al desplazamiento. En tanto que síntoma, la fobia es un medio específico intenso, cuyo estímulo es proyectado al exterior para disminuir la angustia.

En está forma de neurosis la fobia es el síntoma prevalente. Aquí la conducta neurótica no se limita a la expresión de una angustia específica, sino que se complica con medios de defensa y síntomas. Estos síntomas y estos medios de defensa constituyen la estructura complicada de está neurosis, que tiende a reemplazar la angustia de un peligro interno por el miedo de un peligro externo.

Estudio clínico de las fobias

Las situaciones fóbicas

La fobia, en tanto que manifestación esencial de neurosis, apenas puede definirse por un fenómeno aislado: el objeto fóbico y el terror que engendra en el sujeto. Sino que más bien al simbolismo del objeto de la fobia se mezcla un complejo afectivo particular del sujeto. Estas situaciones patógenas se reducen a un número pequeño de temas y de conductas tabús.

Los temas fóbicos

El tema más frecuente se refiere a la **fobia del espacio:** se manifiesta en el miedo de salir o angustia de las calles: en el miedo a los espacios descubiertos (agorafobia); en el miedo a los espacios cerrados (claustrofobia).

Otra categoría de fobia se refiere esencialmente al **medio social;** es decir son las relaciones individuales o colectivas con el prójimo las que constituyen el objeto de una angustia pavorosa. La fobia al enrojecimiento (eritrofobia), la fobia al contacto humano, a mirar a tal persona, a hablarle a un policía, etc.

También existen en el adulto fobias que son consideradas como restos directos de experiencias infantiles:

- aquellas que conciernen a los grandes animales (caballo, perro, león, etc), donde estos son imaginados en actitudes amenazadoras de devoracion o persecución
- o aquellas que conciernen a los animales pequeños (ratones, insectos), cuya amenaza es sentida como un atentado a la integridad corporal y conlleva una horrible repulsion

Observemos, por último, la particular importancia de la visión en la situación fóbica: todos los síntomas estan en relación con situaciones visuales. En este tipo de fobias donde el peligro está más específicamente definido, estos objetos fóbicos son buscados, descubiertos, a veces “sospechados” y casi “alucinados”, para justificar la evitación y tranquilizarse.

Cada una de las situaciones fóbicas (sea la calle, el caballo o un insecto) si bien parecen todas muy diversas, en realidad son bastante parecidas. Cada una aparece como una fantasía nueva, como una invención personal, siendo la posición neurótica siempre la misma: desplazar la angustia con un pretexto.

Las conductas fóbicas

Las conductas de evitación: para evitar tener una gran crisis de angustia, el sujeto se comporta de manera de evitar el objeto tabú, lo que conduce a conductas de fuga muy diversas, según la forma y la intensidad de la angustia subyacente.

Las conductas de tranquilización: lo más frecuente es la presencia de un personaje, a veces escogido, a veces anónimo: se trata sobre todo de no estar solo. También a menudo es una habitación o un objeto, evocadores de la protección, los que cumplen está función aseguradora.

El carácter fóbico: el carácter fóbico puede definirse como un conjunto de rasgos de comportamiento que constituyen el armazón caracterial del neurótico fóbico, que puede

portar los síntomas anteriores, pero que también pueden encontrarse sin síntomas, estos últimos definidos como una “neurosis latente". Dos de sus aspectos fundamentales son:

1) **El constante estado de alerta:** si bien este estado de alerta puede compararse con el del histérico, el del neurótico fóbico es más especializado, más electivo. El fóbico se alarma ante todo lo que surge de sí mismo. El fóbico manifiesta horror ante estas situaciones mal definidas y mal percibidas, en las que presiente la cercanía de un peligro interno. Pero es del mundo exterior de lo que tiene miedo, y de ningún modo de sí mismo. Su pensamiento, su mundo interior le parecen, por el contrario, sencillos y límpidos. Tiende a **proyectar fuera de sí el** drama que vive, y va hasta una verdadera negación del mundo imaginario del cual es prisionero. Se defiende contra sus pulsiones, negándolas.
2) **La actitud de huida:** puede traducirse de dos maneras opuestas:

a) **La actitud pasiva:** conduce a exposiciones de inhibicion que pueden ser parciales (cieras inhibiciones sexuales, timidez con el otro sexo) o totales (rechazo del contacto con los otros)

b) **La negación de la pasividad,** la cual constituye un comportamiento de desafío. Está actitud es inversa a la de pasividad, pero está inversión expresa, en el fondo, el mismo temor ante las realidades de la vida. Es una “huida hacía delante”. Un caso particular consiste en el comportamiento de superocupaciones, que en ciertos sujetos constituye un verdadero rasgo de carácter. No pueden permanecer desocupados un minuto.

Hay que añadir, finalmente, que la vida sexual del fóbico está siempre alterada en el sentido de una intensa inhibición. Cuando el deseo sexual es sentido como un peligro de destrucción, la angustia que esto provoca evita el acercamiento.

Evolución

La evolución habitual: es raro el no encontrar en el pasado de los sujetos, un periodo bastante largo de fobias de la infancia. También ocurre a menudo que los síntomas de la angustia, incluso aunque sean muy molestos, permanezcan camuflados a los ojos de los demás durante meses o incluso años, hasta que eventualmente el sujeto puede llegar a hundirse en una crisis depresiva.

Puede ocurrir que la neurosis se estabilice, incluso con síntomas molestos, si las conductas de evitación y tranquilización son suficientemente eficaces.

Diagnóstico

Se trata, especialmente, de distinguir la neurosis fóbica de los aspectos fóbicos de la neurosis de angustia, de la histeria, de la neurosis obsesiva y de la melancolía.

Neurosis de angustia. Hipocondría: en está neurosis es frecuente que aparezcan una o varias fobias: son ensayos de defensa contra la angustia, y no obtienen éxito. Se aprecia entonces el carácter pasajero de la fijación a un objeto fobogeno. El sujeto ensaya así varias fijaciones. No obstante, si encuentra una que consiga sacarle de su angustia, se instala en ella, y se constituye la neurosis fóbica.

Tercera parte. Capítulo V. La histeria

Es una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes. Sus síntomas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de está “conversión somática”.

El histérico además, debe ser definido en relación a la estructura de su persona, caracterizada por la psicoplasticidad, la sugestibilidad y la formación imaginaria de su personaje.

Así son necesarios dos elementos para definir la histeria:
- La conversión somática
- La estructura inconsciente e imaginaria del personaje del histérico

Estudio clínico de los síntomas histéricos

Puede considerarse una ordenación en tres grupos de los síntomas de la histeria:
1) Los paroxismos: las crisis neuropáticas
2) Las manifestaciones duraderas por inhibición de las funciones psicomotrices del SN
3) Los trastornos viscerales o tisulares: “trastornos funcionales”

Paroxismos, crisis, manifestaciones agudas

Todos estos accidentes histéricos se centran en la crisis histérica, rara en su forma completa, pero que es necesario describir, ya que las otras manifestaciones paroxísticas son fragmentos o derivados, que pueden ser observados cotidianamente.

Los grandes ataques de histeria: comprende 5 periodos:
1. Prodromos (aura histérica): dolores ovaricos, palpitaciones, trastornos visuales.
2. Periodo epileptoide: fase tónica, con paro respiratorio e inmovilización tetánica de todo el cuerpo, comenzando por pequeñas sacudidas y por muecas, hasta terminar en grandes sacudidas generalizadas
3. Periodo de contorsiones (clownismo): comenzaban entonces movimientos variados, acompañados de gritos, semejando una lucha contra un ser imaginario
4. Periodo de trance o de actitudes pasionales, en el cual la enferma imita escenas violentas o eróticas. Se encuentra entonces en pleno sueño, viviendo sus imaginaciones
5. Período terminal o verbal en el curso del cual la enferma, en medio de “visiones alucinatorias”, de contracturas residuales, volvía más o menos rápidamente a la conciencia, pronunciando palabras inspiradas en el tema delirante vivido anteriormente

Formas menores: también se observan crisis degradadas o camufladas: son las crisis de nervios, en las que la agitación, la burda similitud con la epilepsia, el carácter expresivo de la descarga emocional, la sedacion consecutiva al brote erotico o agresivo, conservan todos los rasgos esenciales de la histeria

Existen, además, otras crisis menores más atípicas y difíciles de diagnosticar:
- **La crisis “sincopal”:** el sujeto se siente mal, palidece, expresa en unos segundos su angustia y se desploma. El desvanecimiento dura algunos minutos, va seguido de una fase de fatiga sin amnesia del episodio.
- **La crisis con sintomatología de tipo extrapiramidal:** incluye manifestaciones motrices variadas, como: acceso de hipo, de bostezos, de estornudos; crisis de risa o de lloro incoercibles; temblores, sacudidas musculares, tics o grandes movimientos de tipo coreico

Los estados crepusculares y los estados “segundos”

El estado crepuscular histérico consiste en una debilitación de la conciencia vigil de comienzo y terminación bruscos, que comporta una experiencia semiconsciente de

despersonalización y de extrañeza generalmente centrada sobre una idea fija. Una forma particular de estos estados es el **síndrome de Ganser:** se trata de un desconocimiento sistemático de la realidad ambiental, donde el sujeto no tiene en cuenta el ambiente que le rodea, sus actos y sus palabras se dirigen a una situación soñada.

En tales estados se habla de conciencia “hipnoide” o de reducción del campo de la conciencia en los histéricos. Se trata de un estado de hipnosis de la conciencia. El enfermo vive una experiencia de semilucidez.

Otros estados crepusculares llamados **estados segundos,** nos muestran la producción onírica bajo la forma habitual de los sueños, con una rica producción de imágenes, sobre todo visuales. Son estados de trance, fragmentos aislados, y más o menos desarrollados de la gran crisis.

Las amnesias paroxísticas: los estados que acabamos de describir comportan por lo general trastornos de la memoria más o menos profundos o paradójicos, pero la amnesia también puede presentarse como el único síntoma que, posteriormente, permite suponer la existencia de un estado crepuscular.

Lo que caracteriza a la crisis de amnesia histérica es su carácter sistemático. Lo más frecuente es la amnesia lacunar, consistente en el olvido de un acontecimiento penoso, de una situación (guerra, boda). A veces, la amnesia es general y el histérico es como un “viajero sin maletas”. Son característicos de las amnesias paroxísticas la reversibilidad, las paradojas de evocación, de recaída, los elementos de sugestión.

Las personalidades múltiples constituyen un caso particular de amnesia, evolucionando en ciclos periódicos, con sistematización de recuerdos que son propios a una u otra de las personalidades alternantes. Estos estados segundos de personalidades “múltiples”, se tratan de hechos excepcionales, en los cuales la tendencia a reemplazar la experiencia real por una experiencia soñada se amplifica y se extiende al máximo, hasta el punto de hacer alternar una segunda personalidad (la del sueño histérico) con la personalidad primera (la del estado normal).

Los ataques catalépticos: este estado no comporta todos los signos clínicos ni eléctricos del sueño. El sujeto está inerte, con los ojos cerrados o abiertos. El tono muscular es variable. Pueden observarse anestesias y a veces sacudidas musculares. Este estado no es completamente inconsciente ni amnésico. Puede durar algunas horas o algunos días. En caso de ser duradero, se observa un enlentecimiento de las funciones vegetativas como hipotermia, hipotensión, disminución a veces extrema del metabolismo.

Los síndromes funcionales duraderos

Son generalmente inhibiciones funcionales que pueden referirse a todos los aspectos de la vida de relación.

Las parálisis

- **Funcionales:** son parálisis de un movimiento o de un grupo de movimientos coordinados por una misma significación funcional. Es la manifestación histérica más frecuente.
- **Localizadas:** son parálisis de un miembro. No se acompañan de los trastornos de los reflejos o del tono, por el contrario, son caprichosas, paradójicas, y dan la impresión, a la observación minuciosa del clínico, de depender más de una posición,

de una intencionalidad, de una inhibición emocional o de una sugestión, que de trastornos “reales”.

Las contracturas y los espasmos: también constituyen una especie de parálisis activas cuya sistematización es paradójica y variable: contracturas de los miembros y del cuello (tortícolis), del tronco; también manifestaciones tónicas o espasmódicas como hipo, vómitos, etc.

Las anestesias: los sujetos a veces realizan una especie de esquemas funcionales imaginarios que excluyen de las percepciones táctiles, dolorosas, térmicas, etc., ciertos segmentos corporales, como que han sido “recordados” por la fantasía (anestesias parciales). Las hay también totales. Puede observarse también fenómenos totalmente raros e inexplicables como la aloquiria (sensibilidad transferida de un lado al otro del cuerpo) y algias sinestésicas (dolores provocados ante la vista de un objeto, etc.).

Los trastornos sensoriales: son las alteraciones de una función sensorial o de una parte de está función. La ceguera histérica es la más notable de estas manifestaciones.

Las manifestaciones viscerales

Las principales manifestaciones histeroorganicas son:

- **Espasmos:** los más frecuentes son digestivos: imposibilidad de tragar, náuseas, vómitos. También existen espasmos urinarios (retención) y genitales (vaginismo, dispareunia).
- **Algias:** todas las localizaciones y todos los tipos de dolor pueden ser sintomáticos de la histeria. Muy a menudo, su naturaleza será sospechada, apenas presentado el enfermo, por el aire dramático que confiere a la expresión del síntoma.

A modo de primeras conclusiones sobre este inventario de síntomas, podemos subrayar que el contenido manifiesto de la histeria constituye una exageración patológica de ciertos modos normales de expresión. A cualquiera de nosotros el miedo “nos quita la voz o nos paraliza las piernas”; la atención concentrada nos vuelve “insensibles al dolor”, o ante ciertas percepciones, “olvidamos” ciertas realidades que nos molestan; la alegría, el miedo a la cólera “nos hacen” bailar, gritar, enrojecer o palidecer; el asco nos produce náuseas, etc. Son manifestaciones no verbales de la emoción. El histérico habla este lenguaje de los órganos con una especial elocuencia. Vive las metáforas en vez de hablarlas, y es esto lo esencial del fenómeno de conversión somática.

El carácter histérico y la persona del histérico

La estructura de la personalidad histérica contiene virtualmente, en forma latente, todas las manifestaciones histéricas que emergen en el cuerpo y se hacen patentes en las conductas expresivas del sujeto.

Tres son los aspectos fundamentales del carácter histérico:

1) **Sugestibilidad:** es un individuo “plástico”, influenciable e inconsistente, ya que su persona no consigue fijarse en la autenticidad de una identidad personal firmemente establecida.
2) **Mitomanía:** por sus comedias, sus mentiras y sus fabulaciones, no cesa de falsificar sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre al espectáculo, ya que su existencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.

3) **Alteraciones sexuales:** es lo que da nombre a está neurosis, ya que histérico significa simplemente que su sexualidad está profundamente alterada. En este campo más que en los otros, las expresiones emocionales y pasionales tienen algo teatral, excesivo, que contrasta con fuertes inhibiciones sexuales. Así el "donjuanismo" masculino o el "mesalinismo" femenino de los histéricos ocultan siempre la impotencia, la frigidez o perversiones.

La inconsistencia de la persona: el Yo del histérico es un Yo que no ha conseguido organizarse conforme a una identificación de su propia persona. En el histérico la máscara del personaje oculta completamente a su persona. Todo el conjunto de la persona del histérico refleja una "falsedad" y su sistema de organización se desarrolla construyendo un falso personaje que vive una falsa existencia.

Evolución. Complicaciones. Pronóstico

La neurosis histérica permanece durante más tiempo latente que manifiesta en el curso de la existencia. Pero tiene una particular tendencia a expresarse por una floración de síntomas diversos, en primer lugar a una cierta edad (adolescencia, pubertad) y a continuación tendencia a renovarse en ocasión de ciertas situaciones patógenas (emociones, matrimonio, maternidad, accidentes, etc.)

La evolución de las manifestaciones es generalmente de corta duración.

Evoluciona por brotes y tiende a menudo a estabilizarse en forma menor cuando el sujeto ha podido adquirir, a pesar de sus defensas, una madurez mayor o una neutralización de su angustia. Sin embargo, lo más frecuente es que se instale bajo la forma de una cristalización fija de los síntomas principales o de los rasgos de carácter.

Raramente la neurosis histérica "lleva mal camino" y los histéricos se disocian y caen en la disgregación esquizofrénica. Se trata generalmente de delirios de influencia, posesión, con experiencias delirantes de despersonalización y síndrome de automatismo mental.

Diagnóstico

Diagnóstico positivo: el análisis del carácter histérico es determinante. Se concederá una gran importancia a la exaltación imaginativa, a las tendencias miméticas, a la hiperexpresividad y a la aptitud para recibir sugestiones.

Diagnóstico diferencial con las psicosis: frente a la histeria, con su mentalidad y con sus accidentes característicos, la esquizofrenia permanece, por su organización autística, bastante diferente en cuanto a su estructura y a su evolución. En favor de la histeria se considerarán las tendencias mitomaniacas, la sugestibilidad, la teatralidad del comportamiento; el carácter superficial y variable de los síntomas. En favor de la esquizofrenia, las tendencias esquizoides, la importancia del delirio, la introversión, el desarrollo del autismo, los trastornos del pensamiento y la disociación progresiva.

Tercera parte. Capítulo VI. La neurosis obsesiva

Se define por el carácter forzado (compulsivo) de los sentimientos, de las ideas o de las conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible, sin que, no obstante, el mismo deje de considerar irrisorio este parasitismo incoercible.

De aquí los caracteres clásicos de las obsesiones: incoercibilidad, automatismo, lucha y conciencia de la enfermedad.

También se define por la estructura propia de la persona del obseso, enteramente sometida a las obligaciones que le prohíben ser el mismo.

La neurosis obsesiva se caracteriza clínicamente:

1. Por la emergencia de fenómenos obsesivos (obsesiones de limpieza, de lo infinito, de culpabilidad, de verificación, etc.) que se refieren a tal o cual idea, representación o situación, convertida en preocupación exclusiva.
2. Por los medios de defensa del obsesivo contra su propia obsesión, medios que a su vez se convierten en obsesivos . Por medios de defensa nos referimos no a los mecanismos inconscientes, sino a los trucos y estratagemas que usa conscientemente el obseso para luchar contra su obsesión.
3. Por una clase de trastornos intelectuales y afectivos (duda, abulia, perplejidad, sentimiento de irrealidad, extrañeza o artificio) que constituyen los estigmas psicasténicos del obseso.

Los síntomas

Los síntomas, tal como aparecen en el cuadro clínico, pueden ser agrupados en cuatro apartados:

1. El sujeto es invadido por ideas obsesivas que se le imponen a pesar de el: es el pensamiento compulsivo
2. Experimenta una tendencia a los actos agresivos, impulsivos, particularmente temidos o no deseados: es la actividad compulsiva
3. Se siente forzado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico: son los ritos del pensamiento mágico
4. Está lucha agotadora es a la vez el efecto y la causa de una astenia psíquica (psicoastenia)

El conjunto de estos síntomas merece el nombre de obsesión, ya que el mismo enfermo se sitúa a sí mismo con sus propias defensas.

El pensamiento compulsivo. La idea obsesiva

La intrusión, en el campo de la conciencia, de un pensamiento no deseado, insistente, repetido, reconocido por el sujeto como suyo y, sin embargo, repudiado por molesto u odioso, es un fenómeno perfectamente conocido por todo el mundo, en especial en determinados estados de tensión o de fatiga. Así, los pensamientos obsesivos que todos podemos sentir nos dan un resumen del pensamiento compulsivo, pero la intensidad de este, sus exigencias exclusivas y su permanencia, transforman está diferencia de grado en una verdadera diferencia de naturaleza, ya que la obsesión no es entonces un solo fenómeno aislado inoportuno o espontáneo, sino que traduce un desquiciamiento del equilibrio instintivoafectivo de la vida psíquica.

El pensamiento intrusivo varía infinitamente según los sujetos. Sin embargo, en un mismo enfermo, en un periodo dado, no se diversifica más que dentro de un círculo restringido, verdadero tema obsesivo. Puede tratarse de una imagen, de ideas (dudas, temores, deseos, prohibiciones), a veces es un problema (oscilación intelectual, manías de presagio o de interrogación: ¿qué pasará si…?, etc.

Los escrúpulos constituyen una variedad frecuente de estas ideas; también puede tratarse de palabras o de cifras.

La **tendencia a la repetición** es inseparable de está intrusión parasitaria. Cada uno de los rasgos obsesivos se presenta en largas series como una manipulación ideoverbal con “idas y vueltas” incesantes, desencadenada por un mínimo incidente, un recuerdo o un gesto. A menudo el sujeto no se libra de está repetición de palabras, imágenes o ideas más que por consecuencia de algo que sucede simultáneamente.

Está modalidad compulsiva del pensamiento traduce la lucha del sujeto contra la intrusión. El obseso sufre a causa de su síntoma y generalmente se le ve concentrado, absorto, ansioso durante la crisis compulsiva. Pero su oposición es ambigua, ya que él tiene conciencia de su propia responsabilidad en cuanto al carácter forzado, pero artificial, de sus observaciones. No lo atribuye a una intervención externa, como haría un alucinado, sino que lo vive como el conflicto de sus propias tendencias. De este conflicto obtiene una cierta satisfacción oscura, que responde al deseo de martirizarse, de forzarse y de contenerse. Rechaza lo que le atrae, pero se abandona a lo que teme: tal es el juego compulsivo.

La actividad compulsiva. La obsesión-impulsión

El enfermo se queja de “no poder contenerse” más que con gran esfuerzo, para no dejarse llevar por una acción que no puede cometer, por ejemplo, una madre tiene miedo de matar a su hijo.

Bien sea un acto ridículo, odioso o criminal, es siempre un acto cargado de agresividad contra el sujeto o contra los demás, y es porque **no se debe hacer** por lo que el obseso se siente en la obligación de realizarlo.

Por otra parte, el paso al acto temido es excepcional. Sin embargo, puede ocurrir que sea realizado solo a título de esbozo casi simbólico, cuando la oposición a la tendencia impulsiva facilita un gesto frenado de amenaza: se levanta un brazo o se vocifera un insulto. Un grado más y la obsequiosa sumisión del obseso se invierte de golpe en una descarga impulsiva, con un torrente de insultos, amenazas grandilocuentes. A veces, el acto se realiza y el obseso queda aliviado. Ciertas cleptomanias constituyen “paso al acto” de naturaleza obsesiva, así como también algunas “exhibiciones”. Mucho más raros son los crímenes o suicidios del obseso.

Los ritmos obsesivos. El pensamiento mágico del obseso

Ante su problema insoluble, el obseso encuentra una solución de “compromiso” que constituye el sentido de su neurosis. Establece una especial forma de relación mágica con el mundo.

La ritualización de la vida es el punto final de la actividad obsesiva. Su día consiste, algunas veces, en una serie ininterrumpida de ritos grotescos, que envuelven y complican los contactos sociales, las comidas, el vestirse, etc.
El obseso tiende a alinearse en el rito para escapar de lo que aún le queda de libertad en el conflicto compulsivo. La actividad que aún resulta posible está ritualizada por completo; el trabajo, las distracciones, se convierten en conductas rígidas, en tiránicas reglamentaciones a las que el obseso se somete con cierta alegría de no ser libre, de ser esclavo de su implacable mecanismo interior.

Algunos de los comportamientos obsesivos frecuentes o típicos son:

1) **Locura de la duda:** ha estado siempre asociada con lo que se ha llamado el **delirio de contacto.** Estos obsesos son incapaces de tocar los pomos de las puertas; viven con el terror de los microbios; se entregan a complicados lavados. Les falta la certidumbre de la limpieza o la tranquilizadora creencia en una limpieza relativamente suficiente.
2) **Obsesión-impulsión de actos criminales:** representa una especie de tragicomedia de acciones criminales deseadas y temidas a la vez. Los tormentos del castigo merecido ante la sola posibilidad de la falta son vividos como una punición anticipada. Puede ocurrir que el sujeto pase a realizar la acción para aliviar su conciencia paradójicamente. De ahí el carácter de descanso que conlleva la ejecución del gesto criminal.
3) **Onomatomania:** las indefinidas series de números y de cálculos constituyen un objeto privilegiado, para la técnica de sabotaje de la acción por el pensamiento mágico. El obseso cuenta, suma, divide y multiplica hasta el infinito, es decir fragmenta hasta la nada todas las posibles formas de sus actos en el tiempo y en el espacio.

El fondo psicasténico

Las agitaciones psicomotrices (tics, actos estereotipados, gestos conjurativos), las agitaciones ideoverbales (rumiaciones, mentismo), constituyen un aspecto fundamental de este desorden en la vida psíquica del obseso, enteramente sometido a actividades de bajo nivel (automatismo psicológico).

En el plano de la afectividad, el obseso está consagrado igualmente a sentimientos depresivos que son testimonio de su debilidad psíquica (escrúpulos, dudas, sentimientos de influencia, de irrealidad, fatiga, confusión). Frecuentemente, es el “sentimiento de realidad” lo que está alterado en los obsesos, en la medida en que son incapaces de elevar sus acciones dentro de la jerarquía de las funciones de realidad. Las acciones de elevado nivel son imposibles (adaptación social, ejecución de actos dificiles, eficacia y precisión en las conductas) y solo les quedan como posibles las acciones vacías o incoordinadas. La ausencia de decisión, de resolución voluntaria, la falta de confianza y de atención, la incapacidad de experimentar un sentimiento exacto en relación con la situación presente, la retrogradacion hacía el pasado y hacía lo imaginario, constituyen las características principales de estos síntomas psicasténicos que ponen de manifiesto la debilidad psicológica del obseso.

El carácter y la personalidad del obseso

La neurosis obsesiva tiene por condición y como infraestructura una forma patológica de organización del Yo.

Recordemos además que, al igual que los otros caracteres neuróticos, los rasgos de carácter de la neurosis obsesiva pueden darse en forma a menudo atenuada, con ausencia de los síntomas antes descritos; el clínico se encuentra entonces ante un obseso en potencia, reducido al carácter preneurotico.

Los “estigmas psicasténicos[6]”

La neurosis obsesiva se desarrolla sobre anomalías del carácter. El carácter psicasténico aparece en este sentido como un fondo constitucional del obseso. Los rasgos esenciales del carácter obsesivo son:

[6] Astenia: es el término médico para el cansancio crónico.

1. La tendencia a los escrúpulos, a la abulia[7] y a la duda
2. La tendencia a las crisis morales de conciencia (especialmente en la infancia y adolescencia)
3. La timidez y la inhibición de los contactos sociales
4. La tendencia a la introspección y al autoanálisis de la vida interior
5. Los trastornos de la sexualidad (apragmatismo, impotencia, frigidez)
6. Los estigmas psicomotores (tartamudez, tics, etc.)

Es desde la más temprana edad cuando el obseso manifiesta sus temores, sus tormentos éticos y su apuro en la vida social, la escuela o su familia. Enrojece fácilmente, se molesta y reacciona vivamente con cólera, lágrimas o con nerviosismo y disgusto.

En el obseso puede observarse, además, casi siempre, la manía por el orden y la meticulosidad. Son sujetos que sienten una necesidad de reglamentar todo, de contarlo todo y de someterse a imperativos o a prohibiciones rigurosas; son estrictos y avaros.

El caracter sadicoanal del obseso

El estudio psicoanalítico del carácter, en está neurosis, pone de manifiesto un mecanismo de defensa particularmente importante: la “formación reactiva” de rasgos de carácter que constituyen una especie de oposición sistemática a las pulsiones inconscientes.

El comportamiento afectivo del sujeto es simbólico en el sentido que mantiene, bajo disfraces aparentes, las conductas arcaicas del periodo sadicoanal.

Así, puede realizarse una esquema donde pueden visualizarse, por un lado, los rasgos de caracter sadicoanal, que tienden al placer; y por otro, las formaciones secundarias, rasgos del carácter obsesivo, que luchan contra las tendencias al placer:

Caracter sadicoanal (tendencias al placer)	**Carácter obsesivo (lucha contra las tendencias al placer)**
Dificultades de abandonar los objetos. Obstinación. Terquedad. Coleccionismo Angustia ante la separación	Tendencias a los regalos. Resignación Sumisión. Prodigalidad[3]. Temeridad
Suciedad. Rechazo Crueldad contra los débiles Lucha contra la autoridad (ironías, sarcasmos)	Superlimpieza. Educación. Obsequiosidad Preocupación por la justicia. Bondad Defensa de los débiles Respeto de toda autoridad

Está esquematización no debe ser tomada al pie de la letra. Sino que lo que se pretende es mostrar los rasgos de carácter que pueden constituir al carácter obsesivo.

Al igual que el pensamiento o el acto compulsivos, los rasgos del carácter expresan la ambigüedad de las conductas, la ambivalencia de las situaciones.

Sea cual fuere el tipo de carácter obsesivo, se encontraran, en diversas proporciones, cuatro puntos cardinales:

A) 1) la tendencia a la suciedad, recubierta por su 2) formación reactiva de superlimpieza

[7] Abulia: falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.

B) 3) la tendencia a la retención de objetos, recubierta por el 4) comportamiento de prodigalidad[8].

La obstinación no falta nunca, ya que ella da lugar a la vez a la inclinación a los objetos y a una manifestación de agresividad, pasiva pero eficaz. Puede revestir varias formas: autoritarismo en el caso de que el sujeto adopte una posición de fuerza, o reivindicación y ayuda a la justicia, en el caso de posición de debilidad.

La inclinación coleccionista hacía los objetos se pone de manifiesto por la acumulación: colecciones, "manías", que pueden ser utilizados en sus carreras (acumulaciones de títulos, grados, ordenaciones) o terminar en pequeñas "manías" pintorescas. Está especial relación con las cosas confiere al **dinero** un valor simbólico que hallamos en todos los casos: el dinero permite a la vez la acumulación, la tranquilidad y la autoridad. El rasgo de avaricia aparece, por lo tanto, frecuentemente, pero el juego de la formación reactiva interviene para mezclar a menudo los rasgos de avaricia a los de prodigalidad.

Raramente se descubre la **suciedad** a primera vista. Sin embargo, el estado de las uñas o el de la ropa interior puede contrastar con la meticulosidad de ciertos lavados. Del mismo modo un vocabulario grosero puede emerger inopinadamente de entre un lenguaje habitualmente vigilado.

La **superlimpieza,** evidentemente responsable de los ritos de lavados entre los síntomas manifiestos, confiere al carácter rasgos de meticulosidad, de respeto escrupuloso de las reglas.

Obediencia y sumisión, conformismo y "buenos modales" dan lugar a rasgos de puntualidad, de método, de rigidez moral. El amor a la verdad puede ser llevado al más riguroso extremo, la severidad contra sí mismo puede ir hasta el ascetismo absurdo.

Estos rasgos estan siempre mezclados con otros: la supermoralidad podrá coexistir con pequeñas indecorosidades como por ejemplo hurtos simbólicos.

Además de estos rasgos principales puede señalarse aún el comportamiento en relación al tiempo. La puntualidad puede coexistir con retrasos, o bien el sujeto puede experimentar placeres específicos al realizar una serie de acciones al mismo tiempo. Por último, con respecto al **aspecto exterior** del sujeto: la contención de las emociones, la preocupación de la corrección, resultan en un aire rígido, circunspecto, afectado. Constituye una verdadera "coraza" de protección. La rigidez puede combinarse con actitudes de huida y con esbozos de rebelión, confiriendo entonces al porte unos rasgos de torpeza, de áspera brusquedad, que alternan con una timidez de niño. En toda su actitud, el sujeto parece querer interponer una armadura entre el mundo exterior y su persona: la cara, el paso, la rigidez, constituyen medios para mantener a distancia al eventual observador.

Evolución. Pronóstico

La neurosis obsesiva se constituye progresivamente, y con frecuencia en la adolescencia o en el momento en que se plantean importantes problemas existenciales.

El final de la existencia de los obsesos está caracterizado por una especie de estereotipia automática de los rituales, el tema obsesivo se fija y se repite con monotonía. En los casos más favorables, la neutralización de la angustia por medio de una profunda satisfacción

[8] Gastarse la plata en regalos o en cosas para los demás en detrimento y sin consideración de sus propias condiciones económicas, y las de su familia

sadomasoquista ante el fracaso y el martirio, conduce a una paradójica tranquilidad tan solo obtenida gracias al precio de ceremoniales simbólicos, de una especie de organización burocrática y formalista de la existencia. En los casos más desfavorables, la angustia del obseso se hace cada vez más lancinante. Toda acción, e incluso toda sedación, se hace imposible y el martirio que sufre y que se inflige el obseso se convierte en trágico.

También ocurre, en los obsesos de la adolescencia y de la temprana edad, que los mecanismos neuróticos de defensa del Yo contra la angustia ceden, y el obseso evoluciona hacía el delirio de la esquizofrenia.

Diagnóstico

El diagnóstico se vuelve difícil cuando los sentimientos de extrañeza, la forma alucinatoria o pseudoalucinatoria de las obsesiones permanentes, los rituales cada vez más simbólicos, parecen acercarse más al delirio crónico y a las psicosis esquizofrénicas que a una neurosis. Los dos grandes problemas de diagnóstico y de pronóstico se plantean en dos casos:

1. **En relación a las psicosis esquizofrénicas:** para este diagnóstico diferencial se tendrá especialmente en cuenta, al igual que en la histeria, el carácter propio de la estructura de la persona del obseso, quien, a pesar de las manifestaciones tragicómicas de su neurosis, no cesa de estar en relación con los demás y cuyo sistema de realidad permanece intacto, a pesar de ciertas apariencias.
2. **En relación a las formas sintomáticas de las obsesiones:** se plantean especialmente problemáticos los síndromes neurológicos, pero un cuidadoso análisis clínico permite en general distinguir de la neurosis obsesiva los síndromes de desintegración de las funciones nerviosas basales.

Módulo 7 - Trastornos por ansiedad. Trastornos somatomorfos y disociativos.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana (no resumido)

Temas (DSM-IV):

- **Trastornos de ansiedad**
- **Trastorno somatomorfos**
- **Trastornos disociativos**

Temas (DSM-V):

- **Trastorno de ansiedad por separación DSM-V**
- **Mutismo selectivo DSM-V**

Trastornos de ansiedad

Se incluyen dentro de está categoría diagnóstica:

- **La crisis de angustia (o ataque de pánico):** se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresion o malestar torácico, sensación de atragamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.
- **La agorafobia:** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- **El trastorno de angustia con y sin agorafobia:** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- **La fobia específica:** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **La fobia social:** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- **El trastorno obsesivo-compulsivo:** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad)
- **El trastorno por estrés postraumático:** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activacion y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- **El trastorno por estrés agudo:** se caracteriza por síntomas parecidos al anterior que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- **El trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistentes durante al menos 6 meses.

Crisis de angustia (ataque de pánico)

Características diagnósticas

Las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad. La característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. Se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (10 min. o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresion o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Los individuos acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o volverse locos. Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis.

Al ir repitiendose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo.

- La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas a la agorafobia.
- La ruborización es frecuente en las crisis de angustia desencadenadas por ansiedad social.

La ansiedad característica de está crisis puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística[9], y su característica gran intensidad.

Estas crisis pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, específica, por estrés postraumático, etc.)

En el diagnóstico diferenciar de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que aparece la crisis de angustia. Existen tres tipos característicos, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales:

1. **Crisis de angustia inesperadas:** no relacionadas con estímulos situacionales, en las que el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales, es decir, aparece sin motivo aparente. El diagnóstico de trastorno de angustia (con y/o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas.
2. **Crisis de angustia situacionales:** desencadenadas por estímulos ambientales, donde la crisis aparece en forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación a un estímulo desencadenante ambiental. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas.
3. **Crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada:** las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe está

[9] De inicio y final brusco.

asociación ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse. Estas son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o social.

Agorafobia

Características diagnósticas

La característica esencial es la aparición de 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 o síntomas similares a la angustia, puede no disponer de ayuda. Está ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en auto, ómnibus, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor.

Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien está experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos les resulta más fácil enfrentarse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido.

El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo responsabilidades domésticas.

Trastorno de angustia (Trastorno de pánico en DSM-V?)

Características diagnósticas

La característica esencial es la presencia de crisis de angustia recidivantes[10] e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un periodo como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el trastorno será:

- Trastorno de angustia con agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia

Una crisis de angustia inesperada se caracteriza por su no asociación a desencadenantes ambientales; aparece sin ningún motivo identificable. Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas. Los individuos suelen presentar crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, es decir, estas crisis tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocien a ellas de forma invariable. Las crisis de angustia situacionales (asociadas casi invariablemente e inmediatamente después de exponerse a un desencadenante ambiental) son menos frecuentes.

Las crisis con síntomas limitados (crisis idénticas a las crisis de angustia pero acompañadas por menos de 4 de los 13 síntomas somáticos) son muy frecuentes en el trastorno de angustia. La mayoría de los individuos que presentan estas crisis sufren crisis de angustia completas en algún momento del curso del trastorno.

[10] Que vuelve a ocurrir cada tanto.

Los individuos se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias que aquellas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada que puede poner en peligro su vida, a pesar de controles médicos repetidos que descarten está posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia indican que se estan “volviendo locos”, o que estan perdiendo el control, o ponen en evidencia su debilidad emocional.

Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental significativo (abandonan el laburo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis o estar preocupados por sus posibles consecuencias.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados

Paralelamente a las preocupaciones sobre las crisis y sus posibles consecuencias, muchos individuos con trastorno de angustia también confiesan tener sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no se centran en una situación o acontecimiento específico. Se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y experiencias diarias, particularmente a las relacionadas a la salud o a la separación de seres queridos.

En los individuos que padecen un trastorno de angustia que no ha sido tratado o ha sido mal diagnosticado, la creencia de que en realidad padecen una enfermedad con peligro vital puede causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a una visita excesiva a los centros asistenciales. Este patrón sintomático puede llevar a una desestructuración emocional y económica.

Los individuos con trastorno de angustia muestran una notable incidencia de trastorno depresivo mayor. A veces tratan su ansiedad con alcohol o fármacos, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno relacionado con sustancias.

Curso

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que tenga inicio entre el fin de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida (entre los 20-45 años).

El curso típico es de carácter crónico. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso.

Diagnóstico diferencial

La presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas es requisito imprescindible. En cambio, las crisis de angustia que tienen lugar en el contexto de otros trastornos de ansiedad son de carácter situacional, o más o menos relacionadas con una situación determinada. El objeto en el que se centra la ansiedad también es útil para diferenciar el trastorno. En general, se han descrito cuatro factores que pueden ser útiles para establecer el diagnóstico diferencial: 1) objeto de temor, 2) tipo y número de crisis de angustia, 3) número de situaciones evitadas y, 4) nivel de ansiedad intercurrente.

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Características diagnósticas

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosos, pero nunca crisis de angustia completas.

Los individuos presentan agorafobia; y los síntomas similares a la angustia incluyen cualquiera de los 13 síntomas somáticos.

Para efectuar este diagnóstico nunca deben haberse cumplido los criterios del trastorno de angustia completo.

Diagnóstico diferencial

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se diferencia del trastorno de angustia con agorafobia por la ausencia de antecedentes de crisis de angustia inesperadas y recidivantes.

Los comportamientos de evitación en este trastorno obedecen al miedo de sentir incapacitación o humillación pública como consecuencia de los síntomas similares a la angustia cuya aparición es súbita e imprevisible, y no a las crisis de angustia completas como ocurre en el trastorno de angustia con agorafobia.

Fobia específica (antes *fobia simple*)

Características diagnósticas

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Está respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede a veces en el caso de los niños.

En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror.

El diagnóstico es correcto solo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas de la persona, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de está fobia provoca un malestar evidente.

En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses.

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico. En ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo, especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en esa situación o cree que la huida es imposible. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, estas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia, el individuo se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

La convicción o conciencia de que el temor es excesivo o irracional tienden a aumentar con la edad.

Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico.

Subtipos

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

- **Tipo animal:** el miedo hace referencia a animales o insectos, suele iniciarse en la infancia
- **Tipo ambiental:** el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Suele iniciarse en la infancia
- **Tipo sangre-inyecciones-daño:** hace referencia a la visión de sangre o heridas, a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
- **Tipo situacional:** hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, aviones, autos, lugares cerrados.
- **Otros tipos:** hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito, adquisición de una enfermedad; fobia a los “espacios” (el sujeto tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas

En términos de mayor a menor frecuencia epidemiológica, pueden ordenarse así: situacional > ambiental > sangre-inyecciones-daño > animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (por ejemplo miedo a los gatos y las víboras)

Síntomas y trastornos asociados

Dependiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad.

Curso

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos, crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor y transmisión de informaciones (repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales, por ejemplo). Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar una amenaza en algún momento de la historia de la humanidad.

Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer en forma particularmente aguda. Estas no presentan una edad de inicio característica.

Diagnóstico diferencial

- **Trastorno de angustia con agorafobia y fobia específica de subtipo situacional:** el primero se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperadas que dan lugar a comportamiento de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por su parte, el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- **Fobia social y fobia específica:** pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos.
- **Hipocondría y fobia específica:** en la primera existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica solo se teme a la posibilidad de adquirirla.

En definitiva, la presencia de miedos no permite asegurar el diagnóstico de fobia específica, a no ser que interfieran marcadamente con las actividades sociales, académicas o laborales del individuo, o que le provoquen un malestar clínicamente significativo.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque adolescentes y adultos padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror.

El diagnóstico sólo puede efectuarse en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieran marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínico significativo.

En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses para diagnosticarlo.

Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, “loco” o estupido.

Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos estan temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en públicos por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos.

Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia. El enrojecimiento es típico.

A veces llega a constituirse un ciclo vicioso, formado por ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones, lo cual genera más malos ratos y más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente.

Especificaciones (subtipos)

Generalizada: puede utilizarse cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales. Suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas. Debido a que los individuos no acostumbran a confesar espontáneamente la amplia variedad de situaciones sociales que les producen temor, puede resultar útil para el clínico repasar la lista de situaciones sociales y actuaciones en público en colaboración con el paciente. Estos sujetos pueden ser más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales.

Síntomas y trastornos asociados

- Hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo
- Dificultad para autoafirmarse
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad
- A veces tienen pobres habilidades sociales como que les cuesta mantener la mirada de otras personas
- Signos objetivables de ansiedad como manos frías y pegajosas, temblores o voz vacilante

Suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. También un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad al hablar en grupos pequeños, en público, con colegas o figuras de autoridad.

Acostumbran a tener un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse.

En los casos más serios son expulsados de la escuela o despedidos del laburo con la posibilidad de no poder reincorporarse en estas actividades por la dificultad y ansiedad que

supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan amigos o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar citas o pueden permanecer toda la vida con sus padres.

Curso

Suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social.

La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta.

La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o profesión.

Diagnóstico diferencial

La fobia social se caracteriza por evitación de situaciones sociales en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes.

En las fobias sociales las situaciones que son objeto de evitación se limitan exclusivamente a aquellas en las que el individuo considera que puede ser juzgado por los demás.

Los individuos con fobia social pueden experimentar un empeoramiento de la ansiedad y comportamientos de evitación cuando presentan una enfermedad médica o un trastorno mental capaz de provocar síntomas potencialmente embarazosos.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o a un acusado deterioro de la actividad general(social, laboral, relacional) o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.

Las **obsesiones** se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Está cualidad intrusa e inapropiada se denomina “egodistonica[11]”. Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (contraer una enfermedad); dudas repetitivas (apague el horno?); necesidad de disponer las cosas según un orden determinado; impulsos de carácter agresivo u

[11]Se refiere a los pensamientos, valores, sentimientos y conductas que están en conflicto o que son disonantes con las necesidades y objetivos del ego, o en conflicto con los ideales de su autoimagen.

horroroso (dañar a alguien o decir groserías); y fantasías sexuales (imágenes porno, etc). Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real, de hecho, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo con frecuencia intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones). Por ejemplo, el que duda si apagó el horno intenta neutralizar está duda comprobando una y otra y otra y otra vez que, efectivamente, lo apagó.

Las **compulsiones** se definen como comportamientos (lavar las manos, ordenar cosas, comprobar cosas) o actos mentales (contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos.

En algunos casos los sujetos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por que los llevan a cabo.

Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no estan conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Si bien en general los adultos reconocen el carácter excesivo o irracional de las obsesiones y compulsiones, algunos se muestran dubitativos sobre dicha racionalidad, y la propia comprensión de este tema puede variar según el momento y el lugar de un mismo sujeto.

Cuando el sujeto reconoce la irracionalidad de sus obsesiones o compulsiones (en una situación en donde, por lo general, no la reconocería) puede llegar a sentirse dispuesto a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, puede invadirle una sensación progresiva de ansiedad o tensión que suele aliviarse rindiéndose a los actos compulsivos.

En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el sujeto puede rendirse ante ellas, no volver a desear cambiarlas nunca más e incorporarlas a sus actividades diarias.

Las compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, las obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como la lectura o el cálculo mental. Además, a veces terminan evitando objetos o situaciones que suelen provocar las obsesiones o compulsiones. Este comportamiento evitativo puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global de la persona.

Especificaciones

Con poca conciencia de enfermedad: está especificación se emplea cuando la persona, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Síntomas y trastornos asociados

Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico.

Puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar también un consumo excesivo de alcohol o fármacos.

La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traduciéndose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar.

Curso

Aunque el trastorno se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia.

La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupaciones excesivas que se experimentan como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real. En cambio, el contenido de las obsesiones no suele versar sobre problemas de la vida real.

Cuando el tema es la enfermedad		
Hipocondría: las ideas perturbadoras recurrentes se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad en función de la incorrecta interpretación de síntomas físicos	**Fobia específica:** preocupación prominente por contraer (y no por padecer), y no hay comportamiento ritual	**Trastorno obsesivo-compulsivo:** preocupación por tener una enfermedad, acompañado de rituales como lavados o comprobaciones excesivas, o bien por contagiar a los demás

Las supersticiones y los comportamientos repetidos de comprobación son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo si aquellos suponen una pérdida diaria de tiempo significativa o dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global del individuo o a un malestar clínicamente significativo.

Trastorno por estrés postraumático

Características diagnósticas

La característica esencial es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar u otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación.

El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no exclusivamente) los combates de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y fisica, atraco, robo de propiedades), ser secuestrado, ser tomado como rehen, torturas, encarcelamiento, desastres naturales, accidentes de transito graves, diagnostico de enfermedades mortales, etc.

Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al sujeto pueden producir en él este trastorno se incluyen actos terroristas, accidentes graves, o la constancia de que su propio hijo padece una enfermedad muy grave.

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el sujeto tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. En algunos casos poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de a pocos segundos a varias horas, incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en el.

Cuando la persona se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suelen experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico.

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El sujeto suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este

comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento. La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada “embotamiento psíquico” o “anestesia emocional” suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático.

El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad).

El individuo puede describir una sensación de futuro desolador, por ejemplo, no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, etc.

El sujeto padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Algunos sujetos manifiestan irritabilidad o ataques de ira, o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas.

Especificaciones

- **Agudo:** cuando la duración de síntomas es inferior a 3 meses
- **Crónico:** cuando es igual o superior a 3 meses
- **De inicio demorado:** cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas pasaron minimo 6 meses

Síntomas y trastornos asociados

Pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcios o pérdida de trabajo.

Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales, secuestros, etc) puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

Curso

Puede iniciarse a cualquier edad. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, aunque pueden pasar años antes de que se manifiesten.

Diagnóstico diferencial

El **trastorno por estrés agudo** se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

Trastorno por estrés agudo

Características diagnósticas

La característica esencial es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo. Los acontecimientos estresantes son los mismos que en el estrés postraumático.

En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos:

- sensación subjetiva de embotamiento
- desapego o ausencia de la realidad que le rodea
- desrealización
- despersonalización
- amnesia disociativa

Después del acontecimiento traumático, este es revivido de forma recurrente; el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación.

Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad de la persona o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

Los sujetos muestran una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad. A veces el individuo tiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático (amnesia disociativa).

Además, debe haber por lo menos un síntoma de cada grupo de síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático:

- Al principio, el acontecimiento traumático es revivido repetidamente (recuerdos, imágenes, pensamientos, flashbacks, etc)
- Después, estos estímulos (lugares, personas, actividades) propician comportamientos de evitación
- Por último, aparece un aumento de la activación (dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos.

Síntomas y trastornos asociados

Pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza. Si el acontecimiento traumático produjo la muerte o heridas graves a otras personas, el individuo puede sentirse culpable por haber salido ileso o no haber prestado la suficiente ayuda a los demás.

Los individuos con este trastorno suelen verse a sí mismos como los grandes responsables de las consecuencias de los acaecidos. Poco después del trauma, y debido a la negligencia que muestra el individuo por temas tan básicos como la salud o la propia seguridad, pueden surgir múltiples problemas. También puede haber comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

Presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

Curso

Los síntomas se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las primeras 4 semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo.

Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno.

Diagnóstico diferencial

Algunos síntomas que aparecen después del acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Solo debe establecerse este diagnóstico si los síntomas duran al menos 2 días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables.

Trastorno de ansiedad generalizada

Características diagnósticas

La característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes:

- inquietud
- fatiga precoz
- dificultades para concentrarse
- irritabilidad
- tensión muscular
- trastornos del sueño

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar, a tener múltiples síntomas físicos o a padecer una grave enfermedad, etc.

Aunque los sujetos no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A los sujetos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que estan realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

Los adultos con este trastorno acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (arreglar el auto, etc).

Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Síntomas y trastornos asociados

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos sujetos también pueden presentar síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, etc., y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (depresivo mayor o distimico, por ejemplo), con otros trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados con sustancias.

Curso

Muchos individuos con el trastorno se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más del 50% manifiestan que empezó en la adolescencia, no es raro que se inicie a partir de los 20 años. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés.

Diagnóstico diferencial

Varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de controlar e interfieren típica y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento. En segundo lugar, las preocupaciones del TAG son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, de salud, laboral, cotidianas), más probable es el diagnóstico de TAG. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos como la fatiga excesiva o la inquietud motora, etc.

Trastornos somatomorfos

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

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

Los síntomas físicos no son intencionados/voluntarios.

Algunos de ellos son:

El trastorno de somatización (anteriormente histeria): es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.

El trastorno somatomorfo indiferenciado: se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

El trastorno de conversión: consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos estan asociados a los síntomas o a las disfunciones.

El trastorno por dolor: consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

La hipocondría: es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

El trastorno dismórfico corporal: es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

Trastorno de somatización

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un sintoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (por ejemplo, cabeza, abdomen, articulaciones, espalda, tórax, recto, etc) o con diversas funciones (por ejemplo, menstruación, coito, micción, etc). Asimismo, al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor.

La mayoría de los individuos con este trastorno refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, diarrea y la intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a múltiples exámenes, pudiendo llegar incluso a comportar intervenciones quirúrgicas que a posteriori se demuestran totalmente innecesarias.

Además, debe haber una historia de al menos un síntoma sexual o reproductivo, además del dolor. En las mujeres se pueden presentar menstruaciones irregulares, menorragias o vómitos durante el embarazo; en los varones, disfunción eréctil o eyaculatoria. Tanto varones como mujeres pueden presentar indiferencia sexual.

Finalmente, debe haber una historia de al menos un síntoma distinto al dolor, que sugiere la presencia de un trastorno neurológico (síntomas de conversión tales como coordinación o equilibrios alterados, parálisis o debilidad muscular, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta, alucinaciones, sensaciones de dolor o de perdida de tacto, ceguera, sordera, etc).

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, pero muy a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que, para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevadas a cabo. Estos sujetos son visitados frecuentemente por varios médicos a la vez, lo que puede conducir a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas. El motivo por el cual se los ve en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido.

Pueden existir asimismo comportamietos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos sujetos es a menudo caótica y complicada como sus historias clínicas.

El consumo habitual de fármacos puede conducir a efectos indeseables o a trastorno relacionado con sustancias.

Los sujetos son muy a menudo sometidos a múltiples exámenes médicos, pruebas diagnósticas, cirugías y hospitalizaciones, lo que supone un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos.

El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y los relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados, como asimismo lo estan los trastornos de la personalidad histrionica, límite y antisocial.

Curso

Es una enfermedad crónica, aunque fluctuante, que pocas veces remite de manera completa. Se diagnostica antes de los 25 años de edad, y los primeros síntomas pueden empezar a presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Los síntomas sexuales se asocian muy a menudo a conflictos matrimoniales.

Diagnóstico diferencial

Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica:

1) afectación de múltiples órganos
2) inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales
3) ausencia, en las pruebas de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas

La **esquizofrenia** con ideas delirantes somáticas debe diferenciarse de las quejas somáticas no delirantes en este trastorno. En contadas ocasiones, los sujetos con trastorno de somatización padecen también esquizofrenia. En el trastorno de somatización pueden presentarse además alucinaciones, que deben diferenciarse de las alucinaciones típicas de la esquizofrenia.

Los sujetos con trastornos de somatización presentan síntomas físicos de manera recurrente y durante la mayor parte de su vida, independientemente de su estado de ánimo, mientras que los síntomas de los enfermos con trastornos depresivos se limitan a los periodos en los que el sujeto se encuentra deprimido.

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Características diagnósticas

La característica esencial consiste en la presencia de uno o más síntomas físicos que persisten durante 6 meses o más. Los síntomas más habituales son el cansancio crónico, pérdida de apetito y molestias gastrointestinales o genitourinarias.

Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social o laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Se trata de una categoría residual para los cuadros somatomorfos que no cumplen los criterios del trastorno de somatización u otro trastorno somatomorfo.

Puede existir un único síntoma, como es la náusea, o, lo que es más frecuente, síntomas físicos variados.

Curso

El curso de los síntomas físicos no explicados es impredecible y es frecuente el diagnóstico eventual de una enfermedad médica u otro trastorno mental.

Diagnóstico diferencial

Se diferencia del trastorno de somatización en que este último requiere una multiplicidad de síntomas, una duración de varios años e inicio anterior a los 30 años. Los sujetos cuentan su historia de manera inconsistente, por lo que algunas veces la gran cantidad de síntomas cumplen perfectamente los criterios diagnósticos, y en otras, la escasez de síntomas no permite establecer un diagnóstico de trastorno de somatización.

Trastorno somatomorfo no especificado

Seudociesis: creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal, flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, etc.

Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.

Un trastorno con síntomas físicos no explicados de menos de 6 meses de duración.

Trastorno de conversión

Características diagnósticas

La característica esencial es la presencia de síntomas o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. Se considera que los factores psicológicos estan asociados al síntoma o al déficit, ya que se ha observado que el inicio o la exacerbación de los síntomas o los déficit vienen precedidos por conflictos o por otros acontecimientos estresantes.

No debe diagnosticarse este trastorno si los síntomas se limitan a dolor o a disfunción sexual.

Los síntomas de conversión estan relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial, y por ello se denominan pseudoneurológicos. Los síntomas motores típicos son alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, dificultad para deglutir, retención urinaria.

Los síntomas y déficit de tipo sensorial suelen ser pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía[12], ceguera, sordera y alucinaciones. También pueden aparecer crisis o convulsiones.

Cuanto menos conocimientos médicos posee el enfermo, más inverosímiles son los síntomas que refiere. Los individuos más sofisticados tienden a presentar síntomas y déficit más sutiles, extraordinariamente semejantes a alguna enfermedad neurológica o médica.

[12]También llamada visión doble, es una alteración de la visión que consiste en la percepción de dos imágenes de un mismo objeto.

Los síntomas de conversión no se corresponden con mecanismos fisiológicos y vías anatómicas conocidos, sino que son el producto de las ideas que la persona tiene de lo que es la enfermedad. Así, una “parálisis” puede reflejar más la incapacidad para realizar un movimiento determinado o mover una parte del cuerpo que responder a las pautas normales de inervación motora.

Los síntomas de conversión son a menudo inconsistentes. Puede ocurrir que una extremidad “paralizada” se mueva repentinamente mientras el individuo se está vistiendo o cuando dirige su atención a otro lugar.
Suelen tener una fuerza muscular excesiva en los músculos antagonistas, un tono muscular normal y unos reflejos intactos. La dificultad para deglutir afecta tanto a líquidos como a sólidos.

Es necesario ser cauteloso ante el diagnóstico, ya que la presencia de un trastorno neurológico no excluye el diagnóstico de trastorno de conversión.

Subtipos:

- **Con síntoma o déficit motores:** incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonia y retencion urinaria
- **Con crisis o convulsiones:** incluye crisis o convulsiones, con presencia de componente motor voluntario o sensorial
- **Con síntoma o déficit sensoriales:** incluye síntomas como sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones
- **De presentación mixta:** si hay síntomas de más de una categoría

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos pueden manifestar una relativa falta de preocupación sobre la naturaleza o las implicaciones del síntoma; o presentar actitudes de tipo dramático o histriónico. Debido a la fácil sugestionabilidad de estos sujetos, sus síntomas pueden modificarse o desaparecer según los estímulos externos; sin embargo, debe tenerse en cuenta que esto no es específico de este trastorno y que puede ocurrir en diversas enfermedades médicas.

Es frecuente que los síntomas aparezcan después de una situación de estrés psicosocial extremo (guerras o muerte reciente de una persona significativa). La dependencia y la asunción del papel del enfermo pueden producirse durante el tratamiento.

Es habitual observar síntomas somáticos no conversivos.

Sintomas dependientes de la cultura, edad y sexo

El trastorno es más frecuente en poblaciones rurales, sujetos de bajo estatus económico y en las personas menos conocedoras de los conceptos médicos y psicológicos.

El tipo de síntomas de conversión es fiel reflejo de ideas culturales locales sobre la manera de expresar el malestar de forma aceptable y creíble.

Curso

Se inicia generalmente en los últimos años de la adolescencia y en los primeros de la edad adulta; es rara su aparición antes de los 10 años o después de los 35.

El inicio suele ser repentino, pero también aparece de manera gradual. La mayoría de los síntomas son de corta duración.

Los factores que se asocian a buen pronóstico son el inicio repentino, la presencia de estrés claramente identificable al inicio de la enfermedad, el corto intervalo de tiempo entre la aparición del trastorno y la instauración del tratamiento, y un nivel de inteligencia superior al normal. Síntomas como parálisis, afonía y ceguera se asocian también a buen pronóstico; en cambio, los temblores y las convulsiones son de peor evolución.

Diagnóstico diferencial

En la **hipocondría** el individuo se encuentra muy preocupado por la "enfermedad grave" subyacente a los síntomas pseudoneurológicos, mientras que en el trastorno de conversión la atención se centra en el sintoma de presentación y a veces ni siquiera hay una preocupación por el síntoma.

Trastorno por dolor

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es el dolor, que constituye el síntoma principal del cuadro clínico y que es de gravedad suficiente como para merecer atención médica. El dolor provoca malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, gravedad, exacerbación y la persistencia del dolor.

Subtipos y especificaciones

- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos:** se considera que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor. Los trastornos físicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o en la persistencia del dolor.
- **Asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica:** tanto los factores psicológicos como las enfermedades médicas desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor.
- **Asociado a enfermedad médica:** no se considera un trastorno mental, el dolor es producido por una enfermedad médica y los factores psicológicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor.

Para indicar la duración del dolor se utilizan las especificaciones de:

- **Agudo:** si la duración del dolor es inferior a 6 meses
- **Crónico:** si es igual o superior a 6 meses

Síntomas y trastornos asociados

El dolor puede alterar gravemente varios aspectos de la vida diaria. Entre los sujetos que padecen las formas crónicas se ha observado frecuentemente desempleo, discapacidad y problemas familiares. Puede haber dependencia o abuso de sustancias o fármacos.

Los sujetos con dolor agudo recidivante o dolor crónico estan convencidos de que existe en algún lugar algún profesional de la salud que posee el método curativo para su dolor.

Pueden gastar una gran cantidad de dinero y emplear mucho tiempo para conseguir un objetivo a todas luces inalcanzable.

El dolor puede llevar a inactividad y a aislamiento social, lo que, a su vez, puede conducir a problemas psicológicos adicionales (por ejemplo a la depresión) y a una reducción de la resistencia física, que comporta cansancio y dolor adicional.

Tanto las formas agudas y crónicas se asocian habitualmente a insomnio.

Curso

La mayoría de los episodios de dolor agudo desaparecen en un corto periodo de tiempo. El inicio del dolor crónico es muy variable. En la mayoría de los casos el individuo acude a los centros de salud mental cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de los síntomas.

Los factores considerados influyentes en la recuperación del trastorno son, por un lado, la participación del individuo en actividades regulares como el trabajo, a pesar del dolor, y por otro, la resistencia a que este se transforme en el factor determinante de su vida.

Hipocondría

Características diagnósticas

La característica esencial es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. El miedo injustificado o la idea de padecer una enfermedad persisten a pesar de las explicaciones médicas, las cuales no identifican enfermedad médica alguna.

La creencia no es del tipo delirante, ya que el sujeto puede aceptar la posibilidad de que está exagerando la magnitud de la enfermedad o de que ésta no existe. La creencia no se circunscribe solo a una preocupación por la apariencia física.

La preocupación por los síntomas somáticos provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra área y persiste durante al menos 6 meses.

Las preocupaciones del sujeto hacen referencia a funciones corporales (latidos cardíacos, sudor, etc), a anormalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o sensaciones físicas vagas y ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas). El sujeto atribuye estos síntomas o signos a la enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su significado, su autenticidad y su etiología.

Las preocupaciones pueden centrarse en un órgano específico o una enfermedad particular. Las exploraciones físicas, repetidas, las pruebas diagnósticas y las explicaciones del médico no consiguen aliviar la preocupación del paciente.

Los sujetos pueden alarmarse con la lectura o los comentarios sobre enfermedades, con las noticias de que alguien se ha puesto enfermo o incluso por la observación de lo que ocurre con su propio cuerpo. La preocupación sobre la enfermedad se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del sujeto, en un tema reiterado de conversación, y en una respuesta a las situaciones de estrés.

Especificación

- **Con poca conciencia de enfermedad:** debe utilizarse si durante la amyor parte del episodio el sujeto no se da cuenta que la preocupación es excesiva o injustificada

Síntomas y trastornos asociados

A menudo los pacientes suelen presentar su historia clínica de manera muy detallada y extensa. Son frecuentes las visitas y cambios de médico, el deterioro de la relación médico-paciente, con frustración y enfado por ambas partes. Algunas veces los sujetos creen que no reciben la atención apropiada y se resisten a ser enviados a centros de salud mental.
Las relaciones sociales estan limitadas por las preocupaciones que el individuo tiene por su enfermedad y por las demandas de tratamiento y consideración especiales. Las relaciones familiares pueden asimismo alterarse, ya que todo se centra en el bienestar del enfermo.

El trabajo puede no estar afectado si el paciente limita su preocupación a los horarios no laborales. Sin embargo, lo más frecuente es que su actividad productiva también se encuentre limitada. En casos más graves el sujeto puede llegar a la invalidez total.

Se cree que las situaciones de estrés psicosocial, sobre todo la muerte de alguna persona cercana, pueden precipitar la aparición del trastorno.

Curso

Puede iniciarse a cualquier edad, sin embargo, lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, aunque algunas veces es posible que el sujeto se recupere totalmente.

El inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronóstico.

Trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia)

Características diagnósticas

La característica esencial es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otra área.

Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. Estos sujetos pueden preocuparse también por la forma, tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, etc.

Sin embargo, cualquier otra parte del cuerpo puede ser igualmente motivo de preocupación (genitales, pechos, nalgas, brazos, caderas, incluso todo el cuerpo). La preocupación puede centrarse en varias partes del cuerpo al mismo tiempo.

A pesar de que las quejas son normalmente específicas, algunas veces llegan a ser considerablemente vagas. Debido al malestar que les ocasionan las preocupaciones, los sujetos tienden a evitar describir con detalle sus defectos y se limitan a hablar siempre de su fealdad.

La mayoría experimenta un malestar intenso en relación con su supuesto defecto y a menudo describen sus preocupaciones como muy dolorosas, torturantes o devastadoras; les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas.

Suelen pasar horas pensando en su defecto, hasta el punto de que estos pensamientos pueden llegar a dominar sus vidas por completo. En muchos casos cabe objetivar un deterioro significativo en muchas áreas de la actividad del sujeto. La conciencia del defecto puede llevar a los sujetos a evitar las situaciones laborales o sociales.

Síntomas y trastornos asociados

Pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflectante. Algunos usan lentes de aumento para poder observar mejor el defecto. Puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo. Los comportamientos de comprobación y de aseo se ejecutan para disminuir la ansiedad producida por el defecto, pero a menudo provocan el resultado contrario. En consecuencia, hay sujetos que evitan mirarse al espejo y llegan a tapar los espejos o a retirarlos de su sitio, en cambio, otros alteran periodos de observación excesiva con periodos de evitación.

Estas personas solicitan con frecuencia informaciones tranquilizadoras sobre su defecto, pero, cuando las consiguen, el alivio es solo temporal. Comparan continuamente las partes de su cuerpo que no les gustan con las de otros individuos.

También son habituales las ideas de referencia relacionadas con el defecto imaginario. Los sujetos creen a menudo que la gente se da cuenta de su supuesto defecto, habla de él y se burla. Algunos llegan a esconder el defecto. Otros pueden estar excesivamente preocupados y temer que la parte fea de su cuerpo no funcione de forma adecuada, sea extremadamente frágil o este en peligro constante de sufrir algún daño.

La evitación de las actividades habituales puede conducir a un aislamiento social extremo. En algunos casos los sujetos salen de su casa solo por las noches, cuando no pueden ser vistos, o permanecen en ella durante largo tiempo, a veces años.

Pueden llegar a abandonar la escuela, evitar entrevistas profesionales, mantenerse en trabajos por debajo de su nivel e incluso dejar de trabajar.

Pueden tener pocas amistades, evitar las citas u otras situaciones sociales, tener problemas matrimoniales o divorciarse debido a sus síntomas.

El malestar o el deterioro asocaidos al trastorno, aunque son variables, pueden llevar a hostpitalizacvions repetidas, a ideacion suicida, intentos de suicidio y a suicidios consumados.

Buscan y reciben tratamientos médicos generales, odontológicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus defectos. Estos tratamientos pueden empeorar el trastorno, ocasionando la aparición de nuevas y más intensas preocupaciones, que a su vez llevan a nuevos procedimientos terapéuticos sin éxito, con lo que estas personas pueden llegar a tener narices, oídos, pechos y caderas sintéticos, que siguen si ser de su agrado.

Curso

Se inicia generalmente en la adolescencia, pero puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que con frecuencia los individuos con este trastorno no quieren revelar sus síntomas. El inicio puede ser gradual o repentino; el curso es continuo, con pocos intervalos sin síntomas. La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación puede ser siempre la misma o variar con el tiempo.

Trastornos disociativos

La característica esencial consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Está alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o cronica.

Amnesia disociativa: se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Fuga disociativa: se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva

Trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple): se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario

Trastorno de despersonalización: se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentimiento de la realidad.

El trastorno disociativo no siempre debe considerarse patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro, ni induce a la búsqueda de ayuda.

Amnesia disociativa (antes amnesia psicógena)

Características diagnósticas

La característica esencial consiste en una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Se produce una alteración reversible de la memoria que impide al paciente recordar verbalmente experiencias previas o que, en el caso de recordarlas temporalmente, no pueden retenerse por completo en la conciencia.

Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otro tipo.

Consiste, la mayor parte de las veces, en uno o más episodios de imposibilidad para recordar acontecimientos de la vida del individuo. Estos episodios suelen aparecer tras acontecimientos traumáticos o situaciones muy estresantes. Algunas personas presentan este tipo de amnesia en episodios de automutilacion, de explosion de violencia o de intentos de suicidio. Puede presentarse, aunque no muy a menudo, de manera repentina. Es más probable que está forma aguda de amnesia tenga lugar durante un acontecimiento bélico o después de una catástrofe natural.

En la amnesia disociativa se han descrito varios tipos de alteración de la memoria.

- En la **amnesia localizada** el individuo no puede recordar los acontecimientos que se han presentado durante un periodo de tiempo circunscrito, por lo general las primeras horas que siguen a un acontecimiento profundamente perturbador
- En la **amnesia selectiva** el individuo puede recordar algunos, aunque no todos, acontecimientos que se han presentado durante un periodo de tiempo circunscrito

Los otros tres tipos siguientes de amnesia: **generalizada, continua y sistemática,** son menos frecuentes, pero también importantes:

- En la **amnesia generalizada** la imposibilidad de recordar abarca toda la vida del sujeto. Las personas con este extraño trastorno acuden generalmente a la policía, al servicio de urgencia o al hospital general.
- La **amnesia continua** se define como la incapacidad para recordar acontecimientos que han tenido lugar desde un momento determinado hasta la actualidad.
- La **amnesia sistematizada** es una pérdida de memoria para ciertos tipos de información, como los recuerdos relacionados con la propia familia o con alguien en particular.

Los sujetos que presentan estos tres últimos tipos de amnesia disociativa pueden acabar siendo diagnosticados de una forma más compleja de trastorno disociativo.

Síntomas y trastornos asociados

Algunos sujetos presentan síntomas depresivos, despersonalización, analgesia, etc. Otros síntomas que pueden acompañar al trastorno son disfunciones sexuales, deterioro de las relaciones laborales e interpersonales, automutilación, impulsos agresivos e ideación y actos suicidas.

Curso

Puede presentarse a cualquier edad. La manifestación primordial en la mayoría de los sujetos es la presencia de lagunas de memoria retrospectivas. La duración de los episodios de amnesia puede comprender desde minutos hasta años. La amnesia de tipo agudo puede desaparecer espontáneamente si se aparta al individuo de la situación que ha originado el trastorno. Los que padecen amnesia de tipo crónico recobran en ocasiones la memoria gradualmente. Otros desarrollan una forma crónica de amnesia.

Diagnóstico diferencial

La pérdida de memoria afecta fundamentalmente a información autobiográfica, mientras que las capacidades cognoscitivas se encuentran generalmente preservadas. Además, se encuentra conservada la capacidad para registrar nuevos recuerdos.

Fuga disociativa (antes fuga psicógena)

Características diagnósticas

La característica esencial consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar alguna parte o la totalidad del pasado del individuo. Todo esto se acompaña de confusión sobre la identidad personal e incluso de la asunción de una nueva identidad. Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otro tipo.

Los viajes pueden durar muy poco tiempo (horas o días), o, por el contrario, consistir en largos periodos de vagabundeo sin rumbo (semanas o meses). En algunos casos los sujetos llegan a recorrer muchos países y viajar miles de kilómetros.

Durante las fugas parece que los sujetos no presentan tipo alguno de psicopatología y por esto no llaman la atención. Algunas veces son llevados al médico porque presentan amnesia para acontecimientos recientes o porque son incapaces de recordar su identidad. Después de la recuperación puede existir amnesia para los acontecimientos que han tenido lugar durante las fugas.

La mayoría de las fugas no implican la asunción de una nueva identidad. Si está se produce, normalmente se caracteriza por presentar rasgos más afiliativos y más desinhibidos que los que caracterizaban a la personalidad anterior. En tales casos, el individuo puede darse a sí mismo un nuevo nombre, elegir una nueva residencia y dedicarse a actividades sociales complejas que estén bien integradas y que no sugieran la presencia de un trastorno mental.

Síntomas y trastornos asociados

Cuando el individuo vuelve al estado en que se encontraba antes del episodio de fuga disociativa, puede aparecer una amnesia para los acontecimientos traumáticos vividos en el pasado. Pueden aparecer depresión, disforia, duelo, vergüenza, culpa, estrés psicológico, conflictos e impulsos agresivos y suicidas.

Curso

El inicio se encuentra normalmente asociado a acontecimientos traumáticos o estresantes. La mayoría de los casos afectan a adultos, y en general, se documentan con más frecuencia episodios únicos. La recuperación suele ser rápida.

Trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple)

Características diagnósticas

La característica esencial es la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del sujeto de modo recurrente. Existe una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

Refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre de la persona, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (por ejemplo, son hostiles, dominantes y autodestructivas). En circunstancias muy concretas el indivdiuo puede asumir determinadas identidades que pueden diferir en la edad, el sexo, el vocabulario, los conocimientos generales y el estado de animo.

Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso entrar en conflicto abierto. Ocasionalmente, una o algunas de las identidades más poderosas pueden planificar el tiempo ocupado por las otras. Algunas veces, las identidades hostiles o agresivas pueden interrumpir las actividades o colocar a las otras en situaciones desagradables.

Los sujetos presentan frecuentemente lapsos de memoria que afectan a su historia personal; estos lapsos pueden ser de memoria remota o de memoria reciente. La amnesia es habitualmente asimétrica. Las identidades más pasivas tienden a mostrar recuerdos más limitados, mientras que las más hostiles, controladoras y “protectoras” son capaces de recuerdos más completos. Sin embargo, una identidad que no este actuando puede llegar a la conciencia (mediante alucinaciones visuales y auditivas, por ejemplo, una voz que da instrucciones). La amnesia del individuo puede constatarse por la explicación dada por sus familiares y amigos de los comportamientos observados o por los propios descubrimientos del individuo.

Puede existir pérdida de memoria no solo durante periodos de tiempo recurrentes, sino también una pérdida total de la memoria correspondiente a gran parte de la infancia. A menudo, el estrés psicosocial produce la transición de una identidad a otra.

El tiempo que se requiere para pasar de una identidad a otra es normalmente de unos segundos, pero algunas veces está transición se realiza gradualmente.

Síntomas y trastornos asociados

Las personas por lo general refieren haber padecido abusos físicos y sexuales, sobre todo durante su infancia. Los sujetos tienden a ser especialmente vulnerables a todo lo que puede provocar sugestión.

Pueden manifestar síntomas postraumáticos o un claro trastorno por estrés postraumático.

Es posible que haya automutilación y comportamiento suicida y agresivo. Algunas identidades manifiestan síntomas de conversión o muestran capacidades poco habituales para soportar el dolor u otros síntomas físicos.

En los diversos estados de identidad se han descrito alteraciones de las funciones fisiológicas (por ejemplo diferencias en la agudeza visual y en la tolerancia al dolor)

Curso

Parece tener un curso clínico fluctuante, que tiende a ser crónico y recidivante. Se han descrito tanto cursos episódicos como continuos.

Diagnóstico diferencial

Los factores que pueden facilitar el diagnóstico del trastorno son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en sujetos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.

Trastorno de despersonalización

Características diagnósticas

La característica esencial consiste en la presencia de episodios persistentes o recidivantes de despersonalización, caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo. El individuo se siente como si fuera un autómata o estuviera viviendo en un sueño o en una película. Puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de el. Asimismo, hay diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de pérdida de control de los propios actos (incluido el habla). Mantiene intacto el sentido de realidad.

La despersonalización es una experiencia común, y su diagnóstico debe realizarse sólo cuando la sintomatología sea lo suficientemente grave como para provocar malestar o deterioro de la actividad normal de la persona.

Síntomas y trastornos asociados

Muy a menudo los sujetos pueden tener dificultad para describir sus síntomas y miedo de que estas experiencias o sensaciones signifiquen que está loco. Puede haber también sensaciones de desrealización, que son vividas por el sujeto como si el mundo exterior fuera extraño o irreal. El sujeto puede percibir una alteración extraña de la forma y el tamaño de los objetos (macropsia o micropsia), y la gente puede parecerle no familiar o inanimada.

Otros rasgos asociados con frecuencia son síntomas de ansiedad, depresión, pensamientos obsesivos, preocupaciones somáticas y alteración de la sensación subjetiva del paso del tiempo.

En algunos casos la pérdida de sentimientos característica de la despersonalización puede hacer pensar en un trastorno depresivo mayot y en otros casos, coexistir con el.

Curso

Habitualmente, los sujetos son tratados en la adolescencia y edad adulta, aunque puede haberse iniciado y no detectado en la infancia. La duración de los episodios de despersonalización puede ser de muy breve (segundos) o muy persistente (años).

El curso es a veces crónico, aunque marcado por remisiones y exacerbaciones. En la mayoría de las ocasiones las exacerbaciones estan relacionadas con acontecimientos estresantes reales o subjetivos.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana (no resumido)

Trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos

La característica esencial es miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (perderse, ser raptado, enfermar, etc) cause la separación de una figura de gran apego
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, trabajo u otro lugar por miedo a la separación
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa u otros lugares
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
8. Quejas repetidas de síntomas somáticos como dolor de cabeza, estómago, o incluso vómitos, cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en NNA y típicamente seis o más meses en adultos. Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otra área importante

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacía los animales, monstruos, oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes automovilísticos, viajes en avión u otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Algunos se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando estan fuera de casa.

Desarrollo y curso

El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia. Típicamente hay periodos de exacerbación y de remisión. La mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no padecerá trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de la vida. Muchos adultos con el trastorno no recuerdan que este empezara en la infancia, aunque es posible que recuerden síntomas. Los adultos con este

trastorno estan demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos.

Consecuencias funcionales

Los sujetos a menudo limitan sus actividades independientes lejos del hogar o de las personas por las que sienten apego.

Mutismo selectivo

Criterios diagnósticos

Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.

La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.

La duración de la alteración es como mínimo de 1 mes

El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social

Características diagnósticas

Los niños cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños hablan en casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera antes sus amigos o familiares de segundo grado como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social.

Módulo 8 - Trastornos de personalidad

Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson

Los siguientes trastornos estan resumidos del DSM-4

- Trastorno de la Personalidad Paranoide
- Trastorno de la Personalidad Esquizoide
- Trastorno de la Personalidad Esquizotípico
- Trastorno de la Personalidad Antisocial
- Trastorno de la Personalidad Límite (Borderline)
- Trastorno de la Personalidad Histriónico
- Trastorno de la Personalidad Narcisista
- Trastorno de la Personalidad por Evitación
- Trastorno de la Personalidad por Dependencia
- Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo

Trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

- El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional
- El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento
- El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violacion de los derechos de los demás
- El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad
- El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención
- El **trastorno narcisista de la personalidad** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía
- El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa
- El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado
- El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control

Estos trastornos estan reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características:

- **Grupo A:** incluye el paranoide, esquizoide y esquizotípico. En estos los sujetos suelen parecer raros o excéntricos
- **Grupo B:** incluye el antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los sujetos suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables.
- **Grupo C:** incluye el de evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo. Los sujetos suelen parecer ansiosos o temerosos.

Más allá de está clasificación, es importante tener en cuenta que frecuentemente los individuos presentan al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Características diagnósticas

Los **rasgos de personalidad** son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

La característica principal es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas:

- cognoscitiva
- afectiva
- actividad interpersonal
- control de los impulsos

Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra área importante.

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

Curso

Algunos tipos de trastornos de la personalidad (especialmente el antisocial y límite) tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece ser el caso en algunos otros tipos como el obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

Trastornos de la personalidad del grupo A

Trastorno paranoide de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacía los otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Los individuos dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones. Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás estan urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón. Frecuentemente, sin que haya prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos, profunda e irreversiblemente por otra persona o personas.

Estan preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyos actos son escrutados minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles.

Cualquier desviación que perciban en la fidelidad o la lealtad sirve como prueba a sus suposiciones. Cuando algún amigo o socio se muestra leal con ellos, estan tan sorprendidos, que no pueden tener confianza o creer en él. Si se encuentran con problemas, piensan que lo que van a hacer sus amigos o socios es atacarles o ignorarles.

Son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que compartan sea utilizada en su contra. Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información no es asunto de los demás. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes.

Los halagos son frecuentemente malinterpretados. Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica en el sentido de que no lo estan haciendo suficientemente bien ellos solos, etc.

Suelen albergar rencores y son incapaces de olvidar los insultos, injurias o desprecios de que creen haber sido objeto. El menor desprecio provoca una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Puesto que siempre estan pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna manera. Contraatacan con rapidez y reaccionan con ira ante los ultrajes que perciben.

Pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada. Pueden reunir “pruebas” triviales y circunstanciales para confirmar sus sospechas, quieren mantener un control total sobre las personas con las que tienen relaciones íntimas para evitar ser traicionados y constantemente pueden hacer preguntas y cuestionar los movimientos, los actos, las intenciones y la fidelidad del cónyuge o la pareja.

Síntomas y trastornos asociados

Son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesiva pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil.

Pueden comportarse de forma cautelosa, reservada o tortuosa y aparentan ser “fríos” y no tener sentimientos de compasión. Aunque a veces parecen objetivos, racionales y no emotivos, con mayor frecuencia muestran una gama afectiva lábil en la que predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo. Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, que, a su vez, sirve para confirmar al sujeto sus expectativas iniciales.

Como no confían en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de autonomía. También necesitan contar con un alto grado de control sobre quienes les rodean. A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque tienen muchas dificultades para aceptar las críticas. Son capaces de culpar a los demás de sus propios errores.

Pueden mostrar fantasías de grandiosidad no realistas y escasamente disimuladas, suelen estar pendientes de los temas de poder y jerarquía y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros, en especial de los grupos de población distintos del suyo propio. Pueden ser vistos como “fanáticos” y formar parte de grupos de “culto” fuertemente cohesionados, junto a otros que comparten su sistema de creencias paranoides.

Pueden experimentar episodios psicóticos muy breves sobre todo en respuesta al estrés. En algunos casos este trastorno aparece como antecedente premórbido de un trastorno delirante o una esquizofrenia.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. El patrón comienza a principios de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o de un grupo social. Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser “solitarios” y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas. Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona y les gustan muy pocas o ninguna actividad.

Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o hacer el amor. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado.

Suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos. Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos. Habitualmente, muestran un aspecto “blando” sin reactividad emocional observable y con pocos gestos o expresiones faciales de reciprocidad, como sonrisas o cabeceo. Refieren que rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría. Frecuentemente manifiestan una actividad restringida y se muestran fríos y distantes. Sin embargo, en las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodos hablando de sí mismos, pueden reconocer que tienen sentimientos desagradables, en especial en lo que se relaciona con las interacciones sociales.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que no tienen emociones. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Suelen reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes. Debido a su falta de habilidades sociales ya la falta de deseo de experiencias sexuales, los sujetos con este trastorno tienen pocas amistades, es poco frecuente que salgan con alguien y no suelen casarse. La actividad laboral puede estar deteriorada, sobre todo si se requiere una implicación interpersonal, aunque pueden desenvolverse bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social.

Pueden experimentar episodios psicóticos breves, especialmente en respuesta al estrés. En ocasiones el trastorno puede aparecer como antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia.

Diagnóstico diferencial

Los sujetos “solitarios” pueden mostrar rasgos de personalidad que pueden considerarse esquizoides. Sin embargo, sólo constituyen el trastorno cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y provocan un deterioro funcional o un malestar subjetivo.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Los individuos suelen tener ideas de referencia (interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona). No son ideas delirantes de referencias ya que no se mantienen por una convicción delirante.

Los sujetos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura. Pueden sentir que tienen poderes especiales

para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente o indirectamente a través de realizar rituales mágicos.

Pueden presentarse alteraciones perceptivas (sentir que otra persona está presente o oír una voz murmurar su nombre.

Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, disgresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia. Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales.

Suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide. Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una forma inapropiada, inflexible o constreñida.

Son considerados frecuentemente como raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestirse y una falta de atención a las convenciones sociales habituales.

Los sujetos interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad debido a la falta de relaciones, su comportamiento sugiere una falta de deseos de contactos íntimos. Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado. Se sienten ansiosos en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida.

Interactúan con otros cuando tienen que hacerlo, pero prefieren encerrarse en sí mismos, porque sienten que ellos son diferentes de los demás y no encajan.

Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en un lugar o cuando se familiarizan más con los demás, porque su ansiedad tiende a estar asociada con un recelo a las intenciones ajenas.

Síntomas y trastornos asociados

Suelen buscar tratamiento para los síntomas de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos, más que para las características del trastorno de personalidad per se.

Suelen experimentar episodios psicóticos transitorios que duran minutos u horas, especialmente en respuesta al estrés.

Curso

Es relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan un trastorno psicótico.

Trastornos de la personalidad del grupo B

Trastorno antisocial de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de desprecio y violacion de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o principios de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Este patrón también ha sido denominado **psicopatía, sociopatía** o **trastorno disocial de la personalidad.** Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales.

El sujeto debe tener al menos 18 años y tener una historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años.

El trastorno implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos forman parte de una de estas cuatro categorías:

1) agresión a la gente o animales: se trata de comportamientos agresivos que causan daño físico o amenaza a otras personas o animales; que incluye comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio; iniciar peleas físicas frecuentes, utilizar armas que pueden provocar daño físico grave como botellas rotas o navajas, ser cruel físicamente con otras personas o animales, atacar violentamente o extorsionar a las personas, forzar a otra persona a una actividad sexual
2) destrucción de la propiedad: se trata de comportamientos no agresivos que causan pérdidas o daños a propiedades, como prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o romper vidrios de autos o vandalizar edificios
3) fraudes o hurtos, que incluyen romper promesas con el fin de obtener bienes o favores, evitar deudas u obligaciones, y robar sin enfrentarse a la víctima
4) violacion grave de las normas; en los adolescentes o niños puede ser permanecer fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres, comportamiento de fugas de la casa durante la noche. En adultos este comportamiento puede manifestarse con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen

Los sujetos no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal. Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. Desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales (dinero, sexo o poder).

Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular enfermedades. Se puede poner de manifiesto un patrón de **impulsividad** mediante la incapacidad para planificar a futuro. Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades.

Tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión, incluídos a sus cónyuges o a niños.

Muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Esto puede demostrarse en su forma de conducir. Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o

consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner al niño en peligro.

Tienden a ser continua y extremadamente irresponsables. El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por periodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo injustificado. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de mantenimiento de los hijos u otras personas a cargo.

Tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos. Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien. Pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su mala suerte, pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o, simplemente mostrar una completa indiferencia.

En general, no dan ninguna compensación ni resarcen a nadie por su comportamiento. Pueden pensar que todo el mundo se esfuerza por servir al “número uno” y que uno no debe detenerse ante nada para evitar que le intimiden.

Síntomas y trastornos asociados

Frecuentemente carecen de empatía solidaria y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos engreído y arrogante y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones.

Pueden mostrar labia y encanto superficial y ser muy volubles y de verbo fácil, utilizando términos técnicos o una jerga que impresiona a las personas que no estan familiarizadas con algunos temas determinados.

Pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Pueden tener una historia de muchos acompañantes sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera. Pueden ser irresponsables como padres, que se manifiesta en la malnutrición del hijo, la higiene mínima o que su amparo depende de vecinos o familiares.

Pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo depresivo. Pueden también presentar de forma asociada trastornos de ansiedad, depresivos, juego patológico y relacionado a sustancias.

Una historia en la infancia de haber presentado trastorno disocial, de haber tenido comportamiento inestable, haber sido maltratados o abandonados, aumenta la probabilidad de desarrollar este trastorno en la edad adulta.

Curso

Tiene un curso crónico pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente en los 40 años.

Trastorno límite de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (cuando alguien importante para ellos se retrasa o quiere cancelar una cita, por ejemplo). Pueden creer que este “abandono” implica el ser “malos”. Estos temores a ser abandonados estan relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas.

Presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no “estan” lo suficiente.

Pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero solo con la expectativa de que la otra persona “este allí” para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas.

Son propensos a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Los sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen este basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo.

Pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Los sujetos demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos. Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento

de automutilación. Las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmales en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura unas horas). El estado de ánimo básico de tipo disfórico suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal.

Pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío y soledad. Se aburren con facilidad y estan buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente y explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.

Durante periodos de estrés extremo, se puede presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos como la despersonalización, pero generalmente estos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Síntomas y trastornos asociados

Pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que estan a punto de lograr un objetivo (dejar los estudios justo antes de graduarse, por ejemplo). Algunos presentan síntomas similares a los psicóticos como alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos, durante los periodos de estrés.

Se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (animales domésticos o propiedades inanimadas) que con las relaciones interpersonales.

La muerte prematura de los sujetos puede producirse cuando, además, en simultáneo presentan un trastorno del estado de ánimo o uno relacionado con sustancias.

Como resultado del comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, puede producirse alguna minusvalia fisica.

Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales.

En sus historias de la infancia son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental.

Trastorno histriónico de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos no estan cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención. En general son vivaces y dramáticos y tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores. Sin embargo, estas cualidades van atenuandose con el tiempo a medida que estos sujetos demandan continuamente ser el centro de atención. Hacen el papel de ser “el alma de la fiesta”. Cuando no son el centro de atención pueden hacer algo dramático (inventar historias, hacer un drama) para atraer la atención sobre sí mismos. Está necesidad suele ser evidente en su comportamiento con el clínico (adular, hacer regalos, etc).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde el punto de vista sexual. El comportamiento está dirigido no solo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social.

La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante. Los sujetos con este trastorno utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención. Se preocupan mucho para impresionar a los demás mediante su aspecto y emplean una cantidad excesiva de energías, tiempo y dinero en vestirse y acicalarse. Parece que “busquen piropos” respecto a su aspecto y pueden trastornarse fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien.

Tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores.

Se caracterizan por la autodramatizacion, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción. Pueden molestar a los amigos y conocidos con sus demostraciones emotivas públicas (llorando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio, por ejemplo). No obstante, es frecuente que sus emociones parezcan encenderse y apagarse con demasiada rapidez para ser consideradas profundas, lo que puede llevar a los demás a acusar a estos sujetos de fingir tales sentimientos.

Son sujetos altamente sugestionables. Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras de una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas. Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez. Los sujetos con este trastorno acostumbran a considerar las relaciones más íntimas de lo que son en

realidad, describiendo a casi cualquier conocido como “mi querido amigo” o tuteando a los médicos después de haberles visto solo una o dos veces en circunstancias profesionales. Son frecuentes las evasiones hacía las fantasías románticas.

Síntomas y trastornos asociados

Pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, frecuentemente estan haciendo un papel (de víctima o de princesa, por ejemplo) en sus relaciones con los demás. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de el.

Suelen tener unas relaciones deterioradas con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmemente provocativo puede ser visto como una emanza para las relciones de aquellos. Pueden apartar a los amigos con sus demandas de atención constantes.

A menudo, se entristecen y se enfadan cuando no son el centro de atención. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen tendencia a aburrirse con su rutina habitual.

Suelen ser poco tolerantes o sentirse frustrados en las situaciones en las que se retrasa la gratificación, y sus actos suelen estar dirigidos a obtener una gratificación inmediata.

Es frecuente que empiecen un trabajo o hagan proyectos con mucho entusiasmo, pero su interés se desvanece rápidamente. Pueden descuidar las relaciones a largo plazo para dedicarse a la excitación de las nuevas relaciones.

Hay un riesgo elevado para los intentos y amenazas suicidas con el fin de llamar la atención y coaccionar mejor a quienes se ocupan de ellos. El trastorno también se ha asociado a altas tasas de trastorno de somatización, conversión y depresivo mayor.

Trastorno narcisista de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de autoimportancia. Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Pueden asumir alegremente el que otros otorguen un valor exagerado a sus actos y sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer.

Es frecuente que de forma implícita en la exageración de sus logros se de una infravaloración (devaluación) de la contribución de los demás. A menudo estan preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. Pueden entregarse a rumiaciones sobre la admiración y los privilegios que “hace tiempo que les deben” y compararse favorablemente con gente famosa o privilegiada.
Los sujetos creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales. Piensan que solo les pueden comprender o sólo pueden

relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser únicos, perfectos o de tener talento.

Creen que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente. Su propia autoestima está aumentada (por reflejo) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en que solo quieren a la persona “más importante” o pertenecer a las mejores instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes les contrarían.

Generalmente demandan una admiración excesiva. Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si estan haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración. Esperan que su llegada sea recibida con un toque de fanfarrias y se sorprenden si los demás no envidian lo que ellos poseen. Intentan recibir halagos constantemente, desplegando un gran encanto. Las pretensiones de estos sujetos se demuestran en las expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial.

Esperan ser atendidos y estan confundidos o furiosos si esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen porque hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ser condescendientes con ellos, por lo que se irritan si los otros no les ayudan en su trabajo “que es tan importante”. Está pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los deseos y necesidades de los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo.

Esperan que se les de todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás. Tienden a hacer amistades o a tener relaciones románticas solo si la otra persona parece dispuesta a plegarse a sus designios o a hacerle mejorar de alguna forma su autoestima. Con frecuencia usurpan privilegios especiales y recursos extra que piensan que merecen por ser tan especiales.

Generalmente carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás. Pueden asumir que los otros estan totalmente interesados en su bienestar. Tienden a hablar de sus propios intereses con una extensión y un detalle inadecuados, en tanto que no consiguen darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades.

A menudo son desdeñosos e impacientes con los demás cuando estos se refieren a sus propios problemas y preocupaciones. Pueden ser ajenos al daño que pueden hacer sus comentarios. Cuando se reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de los demás, es probable que sean vistos con menosprecio como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con estos sujetos es típico que lleguen a una frialdad emocional y una falta de interés recíproco.

Quienes padecen este trastorno suelen envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos. Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demas, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos. Los comportamientos arrogantes y soberbios caracterizan a estas personas. Frecuentemente presentan actitudes desdeñosas o altivas.

Síntomas y trastornos asociados

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto muy sensible al “ultraje” de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacando de forma desafiante. Estas experiencias suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad.

Las relaciones interpersonales estan típicamente deterioradas debido a los problemas derivados de su pretenciosidad, necesidad de admiración y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los demás. Aunque la ambición y la confianza en ocasiones dan lugar a logros importantes, el rendimiento puede estar trastornado por la intolerancia a las críticas y las frustraciones.

Algunas veces el rendimiento profesional es muy bajo, reflejando una renuncia a asumir un riesgo en la competencia o en otras circunstancias en las que es posible la frustración.

Sentimientos persistentes de vergüenza o humillación y la autocrítica inherente pueden estar asociados a retraimiento social, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distimico.

Los períodos persistentes de grandiosidad pueden ir asociados a un estado de ánimo hipomaniaco

Trastornos de la personalidad del grupo C

Trastorno de la personalidad por evitación

Características diagnósticas

La característica esencial es un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Los sujetos evitan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo. Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas.

Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se considera que los demás son críticos y les rechazan. Los sujetos no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y protección. La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica. Pueden actuar con represión, tener dificultades para hablar de sí mismos y tener sentimientos íntimos de temor a ser comprometidos, ridiculizados o avergonzados.

Puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo. Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra.

Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e “invisibles” por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo.

Piensan que digan lo que digan los demás lo van a encontrar equivocado y que, por tanto, es mejor no decir nada. Reaccionan mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla.

A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, temen poner su bienestar en manos de los demás. Estan inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen una baja autoestima.

Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás.

Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos.

Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo.

Son capaces de anular una entrevista laboral por temor a encontrarse en aprietos por no vestir adecuadamente.

Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

Síntomas y trastornos asociados

Suelen evaluar atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes tienen contacto. Sus temores y su comportamiento tenso pueden provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus dudas sobre sí mismos.

Sienten mucha ansiedad ante la posibilidad de reaccionar a las críticas sonrojándose o llorando. Los demás les describen como vergonzosos, tímidos, solitarios y aislados.

Los mayores problemas asociados se presentan en la actividad social y laboral. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo estan asociadas a la restricción de contactos interpersonales.

Llegan a estar relativamente aislados y normalmente no tienen una gran red de apoyo social que les ayude en los momentos de crisis. Desean afecto y aceptación y pueden tener fantasías sobre relaciones idealizadas con otros.

Los comportamientos de evitación también afectan adversamente la actividad laboral, porque tratan de eludir los tipos de situaciones que pueden ser importantes para alcanzar las demandas básicas de trabajo o para promocionarse.

Otros trastornos que normalmente se diagnostican asociados son los del estado de ánimo y de ansiedad, especialmente la fobia social de tipo generalizado. Así como también el trastorno de personalidad por dependencia, ya que los sujetos acaban estando muy ligados y siendo muy dependientes de las personas de quienes son amigos.

Curso

Suele comenzar en la infancia con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a las situaciones nuevas. Los sujetos se vuelven cada vez más vergonzosos y evitadores a lo largo de la adolescencia y principio de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con gente nueva se hacen especialmente importantes.

Trastorno de la personalidad por dependencia

Características diagnósticas

La característica esencial es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos estan destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (por ejemplo, que color de camisa ponerse), si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

Tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quien tienen que ser amigos.

Está necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás.

Los sujetos suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación. Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y proteccion necesitan por temor a contrariarles.

Les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia. Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperaran a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. Estas personas estan convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo por los demás, hasta el punto de presentarse voluntarios para tareas desagradables si estos

comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan. Estan dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suelen comportar unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales (es importante tener en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador del trastorno cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades).

Los sujetos se sienten incómodos o desamparados cuando estan solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos. Pueden ir “pegados” a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo.

Cuando termina una relación importante, los sujetos buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan. Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona.

Los sujetos suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos. Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temporales deben ser excesivos y no realistas.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse constantemente a sí mismos como “estúpidos”. Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás.

La actividad laboral puede estar deteriorada si se requiere una iniciativa independiente. Evitan las posiciones de responsabilidad y experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas de quienes el sujeto es dependiente.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos, las listas, horarios o formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.
Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. Por ejemplo, cuando pierden una lista de las cosas que hay que hacer, son capaces de invertir una gran cantidad de tiempo buscándola, en lugar de emplear unos minutos en volver a confeccionarla de

memoria y ponerse a hacer las tareas de que se trate. El tiempo se distribuye mal y las tareas más importantes se dejan para el último momento.

El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que este no se acabe nunca. Por ejemplo, se retrasa la finalización de un parcial grupal debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo este practicamente “perfecto”. Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden.

Los sujetos muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas. Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad placentera, como son unas vacaciones, de manera que nunca la llegan a realizar. Cuando dedican algún tiempo a las actividades de ocio o a las vacaciones, se sienten muy incómodos, a no ser que hayan llevado consigo algo de trabajo, de forma que no estén “perdiendo el tiempo”. Puede haber una gran concentración en el trabajo doméstico.

Si pasan el tiempo con amigos, es probable que sea de algún tipo de actividad organizada (por ejemplo deportes). Se toman las aficiones o las actividades recreativas como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta. Estos sujetos convierten el juego en una tarea estructurada, convirtiendo a veces una actividad divertida en una pesada lección.

Pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores. Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores.

Son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su cumplimiento al pie de la letra, sin saltarse ninguna norma por circunstancias atenuantes.

Son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental. Admiten que son como esos animalitos que todo lo guardan. Piensan que el tirar cosas es un despilfarro, porque nunca se sabe cuando va a necesitar uno alguna cosa y les molesta mucho que alguien trate de desprenderse de algo que ellos han guardado. Sus esposas y compañeros de habitación pueden quejarse de la cantidad de espacio ocupado por ropa vieja, revistas, utensilios rotos y cosas parecidas.

Los sujetos son reacios a delegar tareas o trabajo a otros. Insisten obstinadamente e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas. Con frecuencia, dan instrucciones muy detalladas sobre cómo se tiene que hacer todo y se sorprenden e irritan si los demás sugieren otras alternativas posibles. Otras veces rechazaran ofertas de ayuda, aunque sea de una forma programada, porque piensan que nadie más lo puede hacer bien.

Pueden ser tacaños y avaros, y llevar un nivel de vida muy inferior al que pueden permitirse debido a su creencia de que los gastos tienen que controlarse mucho para prevenir catástrofes futuras.

Se caracterizan por la rigidez y la obstinación. Estan tan preocupados por hacer las cosas de la única forma correcta, que les cuesta estar de acuerdo con las ideas de nadie más. Planifican meticulosamente cualquier detalle y son reacios a considerar la posibilidad de un cambio. Puesto que estan inmersos en su propia perspectiva, tienen dificultades para acusar recibo de los puntos de vista de los demás. Los amigos y colegas acaban frustrados por esa continua rigidez.

Aunque reconozcan que el hecho de transigir[13] puede ir en beneficio propio, se negaran a ello obstinadamente, argumentando que se mantienen por principios.

Síntomas y trastornos asociados

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Los sujetos tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son prioritarias o cual es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada.

Tienen tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese de manera abierta. Por ejemplo, una persona puede enfadarse si el servicio de un restaurante es malo, pero, en lugar de quejarse a la dirección, meditara sobre cuánto va a dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con una indignación justiciera por lo que aparenta ser una cuestión secundaria. Los sujetos estan especialmente atentos a su status respecto a las relaciones de dominio-sumisión y muestran una deferencia[14] exagerada a una autoridad a la que respetan y una resistencia exagerada a una autoridad que no respetan.

Suelen expresar afecto de forma muy controlada o muy ampulosa[15] y se sienten incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en que los demás ríen y estan contentos.

Se contienen cautelosamente hasta estar seguros de que lo que van a decir es perfecto. pueden estar preocupados por lo lógico y lo intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Es frecuente que les cueste expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos. Los sujetos pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y transigencia.

[13]Admitir o aceptar una persona la opinión o las ideas de otra en contra de las suyas propias, a fin de llegar a un acuerdo.
[14]Muestra de respeto y cortesía.
[15]Que se caracteriza por emplear palabras y construcciones demasiado cultas y rebuscadas, dando un énfasis excesivo a aspectos del discurso que no lo merecen.

PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Psicopatología clínica de adultos.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes