

MÓDULO DIDÁCTICO

Psicopatología de la edad adulta

Fredy Alexander Romero Guzman

Módulo didáctico
Psicopatología de la edad adulta

Fredy Alexander Romero Guzman

 **Fondo Editorial**
Institución Universitaria de Envigado

Romero Guzmán, Fredy Alexander

Módulo didáctico: Psicopatología de la edad adulta / Fredy Alexander Romero Guzmán – Envigado: Institución Universitaria de Envigado, 2023.

42 páginas – (Colección Institucional)

ISBN: 978-628-7601-16-1

Ancianos – Trastornos mentales – 2. Psicología del adulto mayor – 3. Psiquiatría geriátrica
618.97689 (SCDD-ed. 22)

Módulo didáctico Psicopatología de la edad adulta

Autor: Fredy Alexander Romero Guzman

© Institución Universitaria de Envigado, (IUE)

Colección Institucional

Edición: abril de 2023

Publicación: abril 2023.

Hechos todos los depósitos legales

Rectora

José Leonardo Zapata Vergara

Director de Publicaciones

Jorge Hernando Restrepo Quirós

Coordinadora de Publicaciones

Lina Marcela Patiño Olarte

Asistente Editorial

Nube Úsuga Cifuentes

Diagramación y diseño

Leonardo Sánchez Perea

Corrección de texto

Divegráficas S.A.S.

Edición

Sello Editorial Institución Universitaria de Envigado

Fondo Editorial IUE

publicaciones@iue.edu.co

Institución Universitaria de Envigado

Carrera 27 B # 39 A Sur 57 - Envigado Colombia

www.iue.edu.co

Tel: (+4) 339 10 10 ext. 1524

Impreso en Colombia – Printed in Colombia

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Institución Universitaria de Envigado.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento -No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Contenido

Unidad 1. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) y evaluación multiaxial	
1.1 Diagnóstico diferencial y evaluación multiaxial	7
Unidad 2. Trastornos del estado de ánimo o afectivos	
2.2. Depresión y trastornos depresivos	10
2.3. Trastornos bipolares y afines	12
Unidad 3. Trastornos de ansiedad	
3.1. Fobia específica	14
3.2. Ansiedad social	15
3.3. Pánico y agorafobia	16
3.4. Trastorno obsesivo compulsivo	16
3.6. Ansiedad generalizada	17
3.6. Estrés post-traumático	17
Unidad 4. Trastornos de personalidad	
4.1. Trastornos del tipo A	21
4.2. Trastornos del tipo B	22
4.3. Trastornos del tipo C	22
4.4. Causas de los trastornos de personalidad	23
Unidad 5. Las esquizofrenias	
5.1. Síntomas de la esquizofrenia y su diagnóstico	25
5.2. Causas de la esquizofrenia y tratamiento	26
Unidad 6. Trastornos de la sexualidad	
6.1. Disfunción sexual	28
6.2. Los trastornos parafilicos	29
Unidad 7. Otros trastornos de la adultez	
7.1. Trastornos somatomorfos o psicósomáticos	32
7.2. Trastornos facticios	33
7.3. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias y adicciones	33
7.4. Trastornos disociativos	35
7.5. Trastornos de la conducta alimentaria en adultos	36
7.5. Trastornos de adaptación	37
Referencias	39
Reseña del autor	41

Módulo didáctico

Psicopatología de la edad adulta

Descripción general				
Nombre de la asignatura	Psicopatología de la edad adulta			
Programa académico	Psicología			
Eje temático	Eje de análisis clínico			
Núcleo Problemático	Fundamentos de psicología social			
Requisitos	Psicopatología de la infancia y la adolescencia			
Créditos académicos	CR	TAP	TAI	TAA
	3	48	96	-

El curso de Psicopatología de la edad adulta está dirigido a estimular al estudiante para el desarrollo de un repertorio conceptual introductorio con el cual identificar los rasgos característicos de algunos de los trastornos mentales más frecuentes, y el procedimiento estandarizado de su diagnóstico apoyado en el DSM-IV TR y DSM-5. Esto implica examinar algunas de las posturas predominantes sobre trastornos mentales y discutir sobre el carácter semiológico y ontológico de los trastornos en su clasificación actual.

El presente curso se conecta con la asignatura de Psicopatología de la infancia y adolescencia, de la cual se espera que el estudiante domine algunos procedimientos y categorías básicas para comprender la naturaleza de los trastornos mentales, teniendo como diferencia que los trastornos de la adultez no se encuentran fundamentados en anormalidades del desarrollo. Igualmente, también tiene conexiones con el curso de Evaluación y psicodiagnóstico, y busca establecer bases para poder aplicar de manera práctica los modelos de intervención del semestre siguiente.

La clasificación que se propone en esta unidad contiene intenciones didácticas y está pensada para ofrecer un acercamiento a las connotaciones prácticas de los trastornos de la edad adulta, considerando el reducido tiempo que supone la división en semestres. Esto implica un abordaje enfocado en algunos de los tipos de trastornos más característicos, pero inevitablemente aborda otros de manera superficial. Por lo tanto, durante esta unidad se alternará entre las definiciones y clasificaciones del DSM-IV TR y el DSM-5, considerando las críticas contemporáneas a ambos manuales y la evolución de las categorías nosológicas.

Unidad 1

Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) y evaluación multiaxial

La historia de la psicología clínica está marcada por la delimitación entre la conducta normal y no-normal, influenciada fuertemente por el acelerado desarrollo de las ciencias de la salud y de la psicología clínica, lo que lleva a que la categorización de trastornos mentales se encuentre en transformación permanente. En la actualidad, se avanza hacia un modelo biopsicosocial sociocultural basado en investigación psicológica, psiquiátrica y epidemiológica que permita comprender a profundidad los trastornos mentales, explicándolos de manera integrada desde sus bases neurológicas y fisiológicas tanto como desde los elementos sociales y ambientales (Bredström, 2019).

Para los profesionales de la psicología, y de acuerdo con el manual de uso del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2008) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) la utilización de los criterios diagnósticos de estos manuales debe estar sujeta a consideraciones clave, tales como un uso de lenguaje adecuado que evite el etiquetamiento psicopatológico de las personas, dado que los trastornos deben entenderse como condiciones temporales y no como características inherentes al ser. De acuerdo con Ortiz-Tallo (2019), los trastornos no tienen una ontología definida como otros objetos cognoscibles, no es posible decir taxativamente que existen o no existen, sino que son predisposiciones de funcionamiento que se presentan en momentos concretos.

Es fundamental comprender que cada una de las categorías diagnósticas está lejos de proveer una conceptualización definitiva y acabada de los trastornos mentales. Los conceptos psicopatológicos son necesariamente conceptos en disputa. Cada uno de los trastornos presentes en la clasificación está aún sujeto a discusión. Aspectos como si los rasgos de los trastornos tienen una base causal y etiológica identificable tanto a nivel cerebral como social-histórico, o si la conducta que se clasifica como patológica realmente lo es o no hace parte de un comportamiento normal y funcional, o si pueden ser incluidos dentro de otros trastornos o arrojar pistas sobre otros no identificados aún son ejemplos de discusiones

que tienen impacto directo sobre las clasificaciones clínicas. Según Caballo et al. (2014) la comorbilidad de algunos trastornos como los de ansiedad y afectivos es tan alta (superior al 70%, al menos una vez en la vida) que se cuestiona si trastornos diferenciados pueden considerarse el mismo. Esto también implica discusión sobre categorías nosológicas que parecen cumplir un rol de “cajón de sastre” donde los evaluadores y clínicos introducen todos aquellos cuadros clínicos que no cumplen los requisitos para presentarse en otros trastornos.

Karter y Kamens (2019) realizan una recopilación de algunas de las críticas más importantes al modelo del DSM-5, considerando que, en comparación con sus anteriores ediciones, no sólo otorga un estatus psicopatológico a un repertorio mucho mayor de la conducta humana que sus ediciones anteriores -lo que puede llevar a una patologización de conductas humanas perfectamente funcionales y con una gran variación intercultural-, sino que también considera el efecto social del establecimiento de clasificaciones psicopatológicas. Igualmente, convive con críticas acerca del marcado énfasis sobre los aspectos cognitivos que sobre los conductuales o sociales, lo que lleva a dificultades epistémicas en el proceso de identificación de los trastornos (Caballo et al., 2014).

Esto indica que los trastornos aquí descritos deben ser vistos más como una herramienta de trabajo para fundamentar una ruta de tratamiento que una verdad taxativa y descriptiva sobre ellos. Puede decirse que hay mayor claridad sobre los rasgos que comparte cada trastorno que sobre las causas de estos, por lo que deben entenderse como una herramienta más clínica que científica. El manual está diseñado con el objetivo de enrutar al paciente hacia la ruta de tratamiento más eficaz de acuerdo con las similitudes y factores epidemiológicos.

1.1 Diagnóstico diferencial y evaluación multiaxial

El proceso de identificación de trastornos mentales a través de la metodología del DSM se basa en un proceso de *diagnóstico diferencial*. Esto significa que cada uno de los trastornos tiene criterios claros que lo diferencian de otros y que buscan evitar confusiones entre entidades nosológicas similares. La forma más eficiente de desarrollarlo es a través de un proceso de descarte de trastornos a través de su semiología, a través de los signos manifiestos que se presentan o no y que no pueden ser explicados a través de la presencia de otros trastornos asociados al mismo signo.

Adicional a ello, el proceso diagnóstico basado en los manuales DSM apunta a la posibilidad de establecer conclusiones sistemáticas que aborden los trastornos desde un punto de vista multifactorial y multidimensional. La tabla 1 muestra los elementos sobre los que se realiza diagnóstico en el proceso de evaluación multiaxial. El Eje I en el DSM corresponde a trastornos que se presentan en la actualidad de la persona, normalmente episodios agudos con una delimitación temporal concreta.

Los trastornos del Eje II suelen, por el contrario, suponer condiciones patológicas menos variables y con una historia más longeva en la historia del paciente. Debe especificarse que este tipo de trastornos constituyen una especie de “telón de fondo” frente al cual se expresan los trastornos del Eje I. La personalidad es un aspecto largamente consistente en la vida de un individuo que consiste en patrones tempranos, globales e inflexibles que pueden adquirir connotaciones patológicas a través de ciertos comportamientos y pueden afectar el desarrollo de otras patologías del Eje I. A su vez, algunas manifestaciones de trastornos del Eje I, al igual que condiciones médicas o ambientales, pueden acentuar ciertas características de los trastornos de personalidad (Caballo et al., 2014).

Tabla 1

Ejes para la evaluación multiaxial

Eje	Definición	Aspectos observables
Eje I	Trastornos clínicos que requieren atención actual	La mayoría de los trastornos mentales del DSM
Eje II	Trastornos de la personalidad	Trastornos de personalidad de tipo A, B o C Trastornos del desarrollo
Eje III	Enfermedades médicas	Cuadros clínicos médicos identificables con el sistema CIE 11
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales	Eventos relacionados con la historia personal y los aspectos laboral, económico, familiar o duelo presentes durante el año anterior a la evaluación actual
Eje V	Escala de Evaluación de Actividad Global	Funcionamiento general en una escala de 1 a 100. Se utiliza un instrumento adjunto en el DSM-IV TR o el DSM-V

Nota. A partir de Caballo et al. (2014)

El Eje III corresponde a todas aquellas condiciones médicas identificables con el sistema CIE-10 (actualmente CIE-11), que se añaden al diagnóstico multidimensional. El Eje IV se utiliza para indicar las condiciones actuales de la persona en lo que respecta a eventos que pueden ser importantes para la intensificación de los trastornos. Normalmente, están asociados a una categoría que se denomina “trastornos de adaptación”. Esto implica, por ejemplo, que el duelo pese a su similitud con el trastorno depresivo no se encuentre en el DSM, pues es un trastorno netamente ocasionado por un evento concreto en una coyuntura temporal y corresponde a una reacción normal y adaptativa. Esto permite, a excepción del caso del duelo complejo persistente, descartar trastornos y realizar una evaluación diagnóstica más acertada.

Por último, el Eje V corresponde a la aplicación de un instrumento contenido en el DSM-V y DSM-5 que evalúa de 1 a 100 el funcionamiento global del individuo de acuerdo con ítems específicamente diseñados para dar cuenta de la normalidad relativa con la que el sujeto puede llevar funcionalmente su vida.

Teniendo esto en cuenta, los siguientes capítulos están estructurados de manera que se puedan identificar de manera muy general aspectos funcionales de cada trastorno, y criterios claros para el proceso de diagnóstico diferencial.

Unidad 2

Trastornos del estado de ánimo o afectivos

Los trastornos del estado de ánimo o afectivos, en cierto modo, son herederos de la preocupación de larga data por parte de la psiquiatría sobre fenómenos de la vida mental como la melancolía o la manía. Un estado de ánimo puede entenderse como una forma simplificada de entender el afecto que acompaña a las respuestas emocionales en términos positivos (disposición a actuar) o negativos (ausencia de disposición a actuar) (Damasio, 2005). De acuerdo con Belloch et al. (2008) el estado de ánimo deprimido, si bien es el síntoma de malestar subjetivo más frecuente y está presente como síntoma en muchos trastornos como ansiedad o esquizofrenias, o en reacciones normales como el duelo normal, puede constituir un *síndrome* por sí mismo, es decir, un conjunto covariante de síntomas relacionados. En esta unidad se tomará como referencia la clasificación del DSM-5 en trastornos depresivos y trastorno bipolar y relacionados (American Psychiatric Association, 2014).

2.2. Depresión y trastornos depresivos

Clínicamente, la depresión se caracteriza por un estado de ánimo consistente en una tristeza profunda y/o desinterés generalizado por parte del sujeto hacia todo lo que le rodea, lo que implica un descenso marcado de la actividad física y psicofisiológica, implicando falta de motivación, de apetito, libido, insomnio, y en los casos más fuertes, de ganas de vivir y conducta suicida (Caballo et al., 2014). Vallejo-Ruiloba (2015) lo describe como un trastorno que afectivamente se basa en la tristeza vital y profunda que condensa como áreas la afectividad, el pensamiento-cognición, la conducta, los ritmos biológicos y en algunos casos trastornos somáticos.

El sentimiento de tristeza es uno de los síntomas más relevantes del trastorno depresivo, aunque existen dificultades para distinguir una depresión normal o transitoria de una clínica o patológica. De acuerdo con el DSM-5, también implican sensación de déficit de energía, fallos en la memoria y capacidad de concentración, baja autoestima o sentimiento de incapacidad, y dificultad para la toma de decisiones (Ortiz-Tallo, 2019).

Aunque la clasificación de los trastornos de depresión mayor ha tenido una historia compleja, con fines didácticos se puede partir por examinar la distinción realizada en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), que básicamente se basa en diferencias cuantitativas en la presentación de los síntomas.

- Episodio único de depresión mayor: Se caracteriza por un período de dos semanas consecutivas o más en que la persona sufre de estado de ánimo reducido o pérdida y reducción del interés o el placer hacia sus actividades normales.
- Trastorno de depresión mayor (recurrente): Se caracteriza por dos episodios depresivos mayores a lo largo de la historia clínica del sujeto con un intervalo temporal mínimo de dos meses seguidos. Permite crear la hipótesis de que los episodios siguen un patrón estacional.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): La distimia es un trastorno depresivo crónico que se caracteriza por la experimentación del estado de ánimo depresivo la mayoría de los días de manera continua con una duración mínima de dos años.
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: Introducido en el DSM-5, hace referencia a un estado de ánimo irritable y colérico con accesos de cólera que se manifiestan en la violencia verbal. Igual que la distimia, es de carácter persistente o crónico, tiene un tiempo mínimo de 12 meses y se manifiesta en al menos dos contextos de funcionamiento del individuo (por ejemplo, la casa y la escuela).
- Trastorno disfórico premenstrual: También introducido en el DSM-5 se caracteriza por alteraciones de comportamiento con labilidad afectiva intensa, irritabilidad, estado de ánimo deprimido y ansiedad, que aparecen durante la última semana antes del inicio de la menstruación y mejoran días después de su inicio, hasta hacerse mínimos luego de que esta termina.

A esto se le suman los trastornos depresivos no especificados, que no consiguen cumplir los requisitos diagnósticos de estas categorías, pero que deben tomarse en consideración por producir malestar subjetivo clínicamente significativo.

Actividad 1

Realiza una lectura del siguiente material:

Almagro Valverde, S.; Dueñas Guzmán, M.A. y Tercedor Sánchez, P. (2014). Actividad física y depresión: revisión sistemática. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14 (54) pp. 377-392.

El texto es una revisión sistemática que organiza resultados de investigación reciente sobre la asociación entre depresión y síntomas depresivos y terapias basadas en la actividad física. Contesta las siguientes preguntas:

- Los resultados encontrados pudieron encontrar una asociación entre la actividad física y una menor probabilidad de presentar síntomas depresivos ¿Qué implicaciones puede tener esto al diseñar programas de tratamiento para trastornos depresivos que puedan aprovechar esta relación?
- La revisión mostró que, aunque hay una asociación, los estudios no esclarecen la mecánica de la relación entre actividad física y probabilidad de presentar síntomas depresivos. A partir de lo estudiado en la unidad sobre la naturaleza de la depresión, argumenta sobre qué posibles explicaciones se pueden proponer para explicar esta relación.

2.3. Trastornos bipolares y afines

Teniendo en cuenta la naturaleza de la depresión, los trastornos bipolares consisten en un patrón crónico y cíclico de alternancia de ánimo opuestos, marcado por una gran inestabilidad. Históricamente, el trastorno bipolar ha sido asociado a la psicosis y tradicionalmente se conocía como psicosis maniaco-depresiva, sin embargo, la investigación reciente muestra que esta asociación no se sostiene y se registran muchos casos de trastorno bipolar sin síntomas psicóticos (Caballo et al., 2014).

Los trastornos bipolares se caracterizan por la alternancia entre episodios depresivos y episodios maníacos. Se pueden distinguir dos clases de episodios maníacos: la *manía*, que se caracteriza anímicamente por niveles muy altos de energía acompañados de una sensación de omnipotencia y bienestar, mayor productividad, pero una gran irascibilidad ante las resistencias de los demás, presencia de hostilidad e ideas paranoides que pueden llegar a cuadros psicóticos. También puede presentarse hipersexualidad e insomnio y alteraciones en el apetito. Los individuos presentan aceleración en sus procesos cognitivos. Por ejemplo, el paciente maníaco puede hablar sin parar (logorrea) o tener la sensación de que sus pensamientos se agolpan y van más aprisa de lo que puede expresar, y tomar decisiones riesgosas con bajo control de impulsos (Belloch et al., 2008). Pueden surgir de manera brusca, o desarrollarse lentamente a lo largo de semanas o meses. Para diagnosticarse debe ser superior a una semana.

Y la *hipomanía*, que es una expresión mucho más moderada de todos estos elementos, diagnosticable con por lo menos cuatro días de duración consecutivos. Aunque siguen siendo moderados, los efectos generan interrupción o dificultades en el curso normal de la vida del paciente. Carece de la percepción de grandiosidad y omnipotencia de la manía, aunque sí presenta una activación y energía anormalmente superiores. Este episodio no está asociado a pacientes con síntomas psicóticos (Caballo et al., 2014).

Con estas bases, el DSM-5 contiene los siguientes trastornos identificables.

- Trastorno bipolar I: Se diagnostica según cuál haya sido el último episodio, si depresivo, hipomaníaco o maníaco, o no especificado.
- Trastorno bipolar II: Se diagnostica cuando no se han producido episodios maníacos, sólo hipomaníacos, y hay historia de haber tenido uno o más episodios depresivos mayores.
- Trastorno ciclotímico: Es una forma menos grave y perturbadora del trastorno bipolar, al incluir estados de ánimo elevados y deprimidos. La alteración en la vida del individuo no es suficiente para buscar ayuda clínica.

A esto se suman los trastornos bipolares inducidos por sustancias o medicamentos, trastornos bipolares dependientes de una condición médica y trastornos bipolares no especificados.

Actividad práctica 2

En 2009 la banda El Cuarteto de Nos compuso un álbum denominado “Bipolar”, en el cual ilustra de manera narrativa experiencias biográficas inspiradas en algunos trastornos afectivos. Escucha cuidadosamente los 12 temas (o consigue sus letras) e identifica cuáles de ellos representan con claridad trastornos depresivos y episodios maníacos. Señala las partes de la letra que permitan identificarlos de forma inequívoca, comparándolos con los criterios diagnósticos del DSM-5.

Actividad 3

Consulta el concepto de duelo complejo persistente o duelo patológico en el manual diagnóstico de tu preferencia. Contesta las siguientes preguntas.

- ¿Qué características diferencian un duelo normal de un duelo complejo persistente o patológico, y qué lo diferencia de los trastornos depresivos?
- ¿Por qué el duelo, aunque está acompañado de síntomas depresivos, no se encuentra inventariado en el DSM-5 dentro de los trastornos depresivos?

Unidad 3

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un elemento central en la psicopatología contemporánea dado que se encuentra entre los problemas fundamentales de los sistemas psicopatológicos y protagoniza la mayoría de trastornos psicológicos y psicosomáticos (Belloch et al., 2008). A su vez, está asociada con términos tales como angustia, miedo, fobia y estrés.

Aunque hay una marcada polémica sobre la diferenciación en el uso de miedo y ansiedad, son homólogos con la salvedad de que el primero se asocia a algún estímulo amenazante mientras que la ansiedad no dispone de esta determinación. El estrés es el correlato más comúnmente asociado a la ansiedad, ya que se define como una respuesta indeterminada. De acuerdo con los modelos explicativos cognitivo-conductuales, el principio central de la ocurrencia del estrés es la adaptación. El estrés se señala como un síndrome fisiológico y psicológico producido por una evaluación negativa del individuo sobre su capacidad para responder a las demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1986), incluso cuando esta demanda sea interoceptiva (Belloch et al., 2008). Lo que es mayormente consensuado es la potencia de la ansiedad para ocasionar comportamientos concretos, muchos de ellos de carácter persistente y patológico.

Teniendo esto en cuenta, los trastornos de ansiedad son aquellos en los cuales los excesos de ansiedad juegan un papel central en la expresión de los síntomas y que generan comportamientos dirigidos a mitigar la respuesta ansiosa, como la evitación. Para este capítulo se ha tomado la clasificación de trastornos de ansiedad presente en el *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* dirigido por Vicente Caballo, Isabel Salazar y José Carroble (2014), apoyándonos en las aclaraciones conceptuales de Amparo Belloch et al. (Belloch et al., 2008).

3.1. Fobia específica

Aunque el miedo hace parte de la experiencia humana normal, las fobias son configuraciones de la respuesta de miedo que tienen como características básicas las siguientes: (a) El miedo es desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación. (b) El miedo conduce

a una evitación de la situación o estímulo temido. (c) La existencia de la respuesta no es posible mediante una explicación lógica. (d) Sobrepasa el control voluntario y € Produce malestar y sufrimiento hasta cierto grado (Belloch et al., 2008). Teniendo esto en cuenta, las fobias específicas son todas aquellas formas en las que la reacción de miedo que cumple las anteriores características se dispara de manera determinada con un estímulo o situación concreta. Por ejemplo, la fobia hacia los perros, las alturas, las arañas, los espacios cerrados, algunas formas geométricas, etc. Aunque el objeto hacia el que la fobia se dirige tiende a ser inmensamente variable, las características anteriormente descritas son consistentes, diferenciándose únicamente en su intensidad (Caballo et al., 2014).

De acuerdo con estos autores, este es uno de los trastornos con mayores cambios entre la cuarta y la quinta edición del manual, de manera que desde el DSM-5 puede diagnosticarse en cualquier persona independientemente de la edad, con una duración mínima de 6 meses, y basándose en el criterio del evaluador para determinar que el miedo es o no “desproporcionado” respecto al estímulo.

Al decir de Capafóns y Sosa (2007), han podido identificarse buenos resultados para su tratamiento a través de la desensibilización sistemática y terapia cognitivo-conductual, con pronóstico favorable determinado por tres condiciones: (a) Algo de la vida del paciente ha cambiado y hace que el estímulo fóbico adquiera una mayor relevancia. (b) Un acontecimiento provoca la aparición de determinados miedos que antes no existían y condicionan su vida actual (por ejemplo, un accidente de tráfico que produce miedo a utilizar autos). O también (c) La persona está cansada de los efectos en la vida personal que tiene el sufrir de una fobia específica.

3.2. Ansiedad social

La ansiedad social es un trastorno de ansiedad inusual que está marcado por la aparición de la respuesta en función de la interacción con personas desconocidas. De acuerdo con Caballo et al. (2014), este trastorno viene a reemplazar en el DSM al término fobia social, y está caracterizado porque el sujeto experimenta una respuesta marcada de ansiedad en situaciones en las que está expuesto al escrutinio de otras personas en la realización de una tarea, tienen un temor desproporcionado a comportarse de manera humillante o embarazosa. Los síntomas también se presentan de manera anticipatoria, es decir, también se desencadena una respuesta ansiosa cuando el sujeto imagina lo que puede suceder en la situación hipotética y comportarse como si realmente estuviese sucediendo.

La ansiedad social alcanza un grado patológico cuando produce dificultades en las áreas de funcionamiento académica, laboral, de ocio, sociales, relacionamiento con el sexo opuesto, personas de autoridad, iguales, entre muchos otros. Es un temor generalizado hacia las relaciones sociales. Para el diagnóstico deben seguirse los criterios del DSM-5 y especificar si esta fobia se presenta en cualquier situación o sólo al hablar o actuar en público (American Psychiatric Association, 2014).

3.3. Pánico y agorafobia

El pánico es una respuesta característica de miedo que se diferencia de las otras por sus correlatos fisiológicos. En palabras de Belloch et al. (2008), la respuesta de pánico tiene un carácter súbito con una intensificación brusca y aparentemente espontánea de intensa ansiedad, está acompañado de un intenso miedo de morir o enfermarse, y producir manifestaciones fisiológicas que son identificables y, de acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2008), consisten en palpitaciones o sacudidas del ritmo cardíaco, sudoración, temblor o sacudidas musculares, respiración dificultosa o sensación de ahogarse, sensación de atragantarse, dolor o molestias en el pecho, náuseas o malestar abdominal, vértigo, mareo o inestabilidad (incluyendo desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, e incluso parestesias y escalofríos o sofocaciones. Por lo menos uno de estos síntomas alcanza su intensidad máxima antes de llegar a los 10 minutos. La ocurrencia de estos episodios puede ser discontinua, o continua.

Por otro lado, a nivel conceptual, la agorafobia puede explicarse como miedo de nivel fóbico hacia situaciones prototípicas de estar solo fuera de casa, realizar viajes, encontrarse en espacios abiertos o muy concurridos, y encontrarse en lugares públicos (Belloch et al., 2008). La agorafobia se encuentra emparentada con el ataque de pánico debido a que tienden a presentar una fuerte comorbilidad. A diferencia de las fobias específicas y la ansiedad social, se presenta de dos maneras: una forma acompañada de la reacción de pánico descrita, y sin esta respuesta ni historia de ataques de pánico.

3.4. Trastorno obsesivo compulsivo

Los trastornos obsesivos compulsivos son trastornos de ansiedad muy diversos, duraderos e incapacitantes. De acuerdo con la clasificación del DSM-5, hay una constelación de trastor-

nos íntimamente relacionados como el trastorno obsesivo compulsivo propiamente dicho, el trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de excoiación, y otros trastornos inducidos por sustancias, afecciones médicas y no especificados (American Psychiatric Association, 2014; Ortiz-Tallo, 2019).

Estos trastornos tienen dos elementos centrales de los que pueden encontrarse uno o ambos: (a) Las obsesiones: que son pensamientos o imágenes, incluso impulsos recurrentes o persistentes que los pacientes consideran inaceptables, absurdos o repugnantes o carentes de sentido, y vienen acompañados de malestar clínico, dado que intentan ignorarlos o suprimirlos con otros pensamientos o acciones; y (b) Las compulsiones, que consisten en conductas repetitivas o actos mentales que se utilizan para “sustituir” los pensamientos indeseables. Aunque está acompañado de niveles altos y moderados de ansiedad, la ejecución de estas compulsiones contribuye a reducirla, o anticiparse a hechos indeseables. Además, también puede estar acompañada de respuestas de evitación de los estímulos o situaciones asociadas a las obsesiones (Caballo et al., 2014).

3.6. Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada puede definirse como un patrón persistente de ansiedad consistente, marcado por una respuesta de miedo relativamente leve pero constante a manera de preocupación excesiva que interfiere significativamente en la vida de las personas y que no son manejables como las de la vida cotidiana normal. Estas preocupaciones se caracterizan por tener una mayor duración, son más pronunciadas, pueden ocurrir sin precipitantes, y pueden ser acompañadas por síntomas fisiológicos (inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y trastornos del sueño, sudoración o incluso náuseas o diarrea) (Caballo et al., 2014). Dado que la respuesta de ansiedad puede ser inespecífica, el trastorno de ansiedad generalizada es el que mejor representa dicha inespecificidad. A largo plazo, la repetitividad de los síntomas ocasiona un deterioro funcional basado en los problemas de sueño o la tensión nerviosa.

3.6. Estrés post-traumático

El trastorno de estrés post-traumático (en adelante TEPT) corresponde a un conjunto de fenómenos explicables con el concepto de trauma. Por trauma se puede entender la huella de daño psicológico producida en una persona debido a su exposición a la amenaza a su propia

vida o su integridad psicológica, lesión física grave, percepción de un daño intencionado y pérdida violenta de un ser querido, y que constituye un evento que sobrepasa su estructura de afrontamiento y resquebraja su sentimiento de seguridad (Caballo et al., 2014). El TEPT es un conjunto de reacciones posteriores al evento que interfieren en el desarrollo funcional de la vida cotidiana y que incluye síntomas disociativos, alteración del sentido de realidad, amnesia disociativa y síntomas de reexperimentación del suceso, conducta de evitación y ansiedad intensa, que genera un malestar clínicamente significativo. Estos síntomas tienden a presentar su punto más agudo los primeros meses después del evento, aunque algunos nunca llegan a remitir.

Algunos de los factores facilitadores de la aparición y sostenimiento del trauma aparecen en la tabla 2, tomada de Caballo et al. (2004).

Tabla 2

<i>Factores facilitadores del trauma</i>	Elementos
Variable	
Factores predisponentes (pre-trauma)	<ul style="list-style-type: none"> – Psicopatología previa personal o familiar – Exposición previa a traumas – Personalidad vulnerable – Estrés acumulativo
Factores precipitantes (suceso traumático)	<ul style="list-style-type: none"> – Tipo de suceso traumático (intencional o no) – Gravedad del suceso traumático
Factores de mantenimiento (postrauma)	<ul style="list-style-type: none"> – Anclaje en el pasado – Hacerse preguntas sin respuesta o buscar explicaciones imposibles de obtener – Necesidad de buscar culpables – Negación cognitiva o emocional del suceso

Nota. A partir de Caballo et al. (2014, p. 290)

En comparación con el DSM-IV-TR, en el DSM-5 el TEPT se presenta reubicado dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés de manera que, técnicamente, aunque la ansiedad ocupa un lugar central, no está clasificado dentro de los trastornos ansiosos y requiere más síntomas para ser diagnosticado (American Psychiatric Association, 2014).

La tabla 3 muestra aquellos factores que se ha identificado y que prolongan la presencia del trastorno o lo acentúan conforme pasa el tiempo.

Tabla 3

Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático	Tipo de Factor	Factores de vulnerabilidad identificados
Biográfico		– Historia de Victimización en la Infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.) – Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado
Psicobiológico		– Elevado grado de neuroticismo – Baja resistencia al estrés – Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.) – Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado
Psicológico		– Escasos recursos de afrontamiento – Mala adaptación a los cambios – Inestabilidad emocional previa
Psicopatológicos		– Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.) – Rigidez cognitiva
Sociofamiliares		– Ausencia de apoyo familiar – Falta de apoyo social

Nota. A partir de Caballo et al. (2014, p. 303)

Actividad 4

Realiza una búsqueda en bases de datos EBSCO, Redalyc y SciELO de investigaciones relacionadas con intervenciones clínicas y psicosociales con población víctima de desplazamiento forzado en el Conflicto Armado colombiano. Teniendo en cuenta lo que se ha aprendido sobre la ansiedad, y la naturaleza y funcionamiento del TEPT, contesta a estas preguntas.

- ¿A través de qué síntomas las personas que han vivido desplazamiento forzado re-experimentan los acontecimientos traumáticos por los que han pasado?
- De la tabla 3, ¿cuáles de los factores de vulnerabilidad se encuentran presentes en los casos analizados? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de intervenciones clínicas y psicosociales se han mostrado efectivas para el tratamiento del TEPT en este segmento poblacional?

Unidad 4

Trastornos de personalidad

La personalidad es uno de los conceptos más controvertidos de la psicología debido a la gran diversidad de corrientes y modelos que se disputan explicaciones concretas y sistemáticas sobre las regularidades distintivas del comportamiento individual. Sin embargo, independientemente de su conceptualización, los trastornos de personalidad son entendidos como patrones de comportamiento que se manifiestan en la identidad y las relaciones interpersonales de manera consistente a lo largo de períodos muy prolongados.

A diferencia de los trastornos del Eje I, que tienen como base el discurso psiquiátrico, los trastornos de personalidad (Eje II) tienen un origen propiamente psicológico, constituyendo un sistema de clasificación que toma elementos de corrientes tan dispares como la psicoanalítica o psicodinámica, cognitiva y conductual.

Puede decirse que los trastornos de personalidad comparten tres características que los diferencian de la personalidad propiamente dicha (Ortiz-Tallo, 2019):

- Son precoces: Aparecen a temprana edad, normalmente en la adolescencia, aunque en la infancia también pueden encontrarse algunos de sus rasgos distintivos.
- Son estilos globales de comportamiento: Son patrones que se presentan en escenarios muy diversos de la vida de la persona, por no decir que en todos afectan
- Son inflexibles: Aunque la relación entre la persona y su contexto requiere flexibilidad a la hora de enfrentar diversas situaciones, las alteraciones de personalidad presentan rigidez en las convicciones, planteamientos y comportamientos que fundamentan esa interacción con el entorno. Sus patrones son poco flexibles y están marcados por dolor y angustia psicológica para sí mismo y para quienes le rodean.

En cierto modo, la persistencia de estos trastornos a lo largo de la vida y su dificultad para su tratamiento y remisión los convierte en un telón de fondo delante del cual se presentan el resto de los trastornos que el individuo puede presentar. Esto hace que, en términos de una evaluación multiaxial, puedan ser incluidos en el Eje II.

Tanto en el DSM-IV-TR como en el DSM-V se presentan diez trastornos de la personalidad. Pero de acuerdo con Ortiz-Tallo (2019), las discusiones posteriores a la publicación del manual insisten en la posibilidad de mantener la existencia de sólo seis de ellos, dando lugar al modelo alternativo del DSM-V para los trastornos de personalidad. Este incluye sólo los trastornos antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo compulsivo y esquizotípico. En este modelo alternativo, los trastornos de la personalidad se caracterizan por un deterioro del funcionamiento de la personalidad y de la presencia de rasgos patológicos en la misma (Caballo et al., 2014).

4.1. Trastornos del tipo A

En este grupo se incluyen el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico. El trastorno paranoide se caracteriza por un patrón persistente de sospecha y desconfianza infundada hacia los demás, haciendo que las relaciones del individuo se basen en la sospecha de que los demás tramam algo contra él o le defraudarán, incluyendo pareja, amigos o familiares (Caballo et al., 2014). Si bien la herencia puede ser un factor explicativo, la sospecha y desconfianza de este trastorno se caracteriza por ser aprendido en algún punto de la historia del sujeto “lo que conduce a un alejamiento de la gente y a restricciones emocionales, poniendo frecuentemente a prueba a los demás y manteniendo sospechas constantes” (Caballo et al., 2014, p. 425).

El trastorno esquizoide se caracteriza por presentar un patrón profundo de desapego social, sumado a rangos limitados de expresión emocional en situaciones interpersonales. Esto implica frialdad emocional, ausencia de relaciones sociales, preferencia por el desarrollo de actividades en soledad, introspección y tendencia a la fantasía, pero también incapacidad de expresar sentimientos o experimentar placer. Aunque tiene gran similitud con otros trastornos, se puede diagnosticar una vez se han descartado esquizofrenia, trastorno esquizotípico, síndrome de Asperger, trastorno de ideas delirantes o trastorno esquizoide infantil (Caballo et al., 2014).

El trastorno esquizotípico se caracteriza por un patrón profundo de déficit social e interpersonal. Este se expresa a través de un malestar agudo y discapacidad reducida para desarrollar relaciones interpersonales. A su vez, está acompañado por fuertes distorsiones de la percepción y la cognición y conducta excéntrica. Su principal diferencia con el trastorno esquizoide, con el cual comparte la disfunción social, es la presencia de creencias que resultan extrañas en su contexto, normalmente supersticiosas e imposibles de sostener. También

son suspicaces respecto a los argumentos de los demás y pueden presentar apariencia extravagante (Caballo et al., 2014).

4.2. Trastornos del tipo B

Los trastornos del grupo B incluyen el trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista. El trastorno antisocial se caracteriza por patrones consistentes de violación de los derechos de las demás personas, acompañado de dificultades para planificar su comportamiento y actuar de manera organizada. De esta manera, son personalidades con bajo control de impulsos que actúan de manera precipitada y espontánea, discuten con facilidad, ignoran los sentimientos de los demás, tienden a transgredir las normas sociales a través de comportamientos fraudulentos e ilegales (Caballo et al., 2014).

El trastorno límite, por su parte, es una categoría amplia que se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales con inestabilidad afectiva, dificultad para el control de impulsos, un sentimiento crónico de vacío, ideas paranoides transitorias, entre otros signos (Caballo et al., 2014).

El trastorno histriónico se desenvuelve a través de un patrón generalizado de búsqueda de atención constante y expresión exagerada de las emociones. Son individuos emocionalmente volubles, caprichosos, y que valoran sus relaciones con las demás personas como más íntimas de lo que las otras personas lo consideran. Utilizan su apariencia física y expresión emocional para llamar la atención, lo que convierten en una de sus principales motivaciones (Caballo et al., 2014).

Por último, el trastorno narcisista de la personalidad es caracterizado por un patrón de atribución de grandiosidad y una necesidad de admiración, a la vez que una falta de capacidad empática. Son ambiciosos y muy sensibles a la evaluación externa, lo que va acompañado de creerse con excesivos derechos y el poder de explotar a los demás, y tiende a ser difícil la aceptación por su parte de retroalimentación o evaluación por parte de los demás sobre su conducta (Caballo et al., 2014).

4.3. Trastornos del tipo C

Este grupo de trastornos incluye el trastorno de personalidad por evitación, por dependencia y trastorno obsesivo compulsivo. La personalidad con trastorno evitativo se caracteriza

por inhibición generalizada y conducta evitativa en la esfera interpersonal y de actividades que signifiquen contacto social significativo, temiendo normalmente a las críticas, desaprobación o rechazo. Tienden a tener una imagen desaprobativa de sí mismos y un temor profundo a pasar vergüenza o ridículo, aunque también manifiestan deseos de relacionarse (Caballo et al., 2014).

El trastorno de personalidad por dependencia presenta una necesidad profunda y excesiva de ser cuidado y protegido, de manera que se caracteriza por una conducta de apego y sumisión, a la vez que temores de separación. En su vida sentimental tienden a buscar otra pareja al terminar una relación y presentan poca iniciativa para iniciar proyectos dado que desconfían de su propio criterio. Tienen una actitud pasiva y sumisa, una idea de sí mismos de incompetencia o inutilidad y presentan con frecuencia ansiedad y tristeza (Caballo et al., 2014).

Por último, el trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por excesivo perfeccionismo, obstinación, rigidez conductual e indecisión. Tienen un estilo de pensamiento fundamentado en una atención intensamente dirigida en detalles muy específicos de situaciones concretas. Tienen un desempeño notable en tareas técnicas y detalladas, pero les es difícil captar los sentidos de las interacciones cotidianas. Tienden a planificar su día de trabajo para no perder tiempo (Caballo et al., 2014).

4.4. Causas de los trastornos de personalidad

De acuerdo con Ortiz-Tallo (2019), hay un consenso entre los investigadores clínicos en atribuir que la herencia es un factor que puede incidir en la aparición de trastornos de personalidad, basándose en la evidencia de las similitudes en patrones de comportamiento en grupos familiares, incluso en aquellos casos en que no han convivido juntos. Los genes, sin embargo, no se consideran totalmente determinantes pues, aunque la herencia se puede establecer como factor predisponente, puede ser afectado por condiciones ambientales como la educación, las circunstancias y experiencias vividas.

A este respecto, los patrones aprendidos en la infancia parecen ser críticos en lo que corresponde al establecimiento de los estilos patológicos de la personalidad. De acuerdo con los estudios de Millon y Everly (1994), puede haber evidencia que conecta los trastornos de personalidad de cada grupo. En el grupo B se presentan características temperamentales centradas en la hipersensibilidad y baja tolerancia a la frustración, que conviven con patrones de crianza indulgentes dirigidos a la sobrevaloración o reforzamiento de la conducta

histriónica, normalmente con estatus de hijo único o aprendizaje de conductas manipulativas. El límite y el antisocial pueden asociarse a abandono parental o abuso sexual, o a pautas de crianza con estrategias violentas, controladoras y punitivas y antecedentes de conducta delincinencial en la familia, respectivamente. Los trastornos del grupo C se caracterizan por coincidir con patrones parentales de sobreprotección, o de reforzamiento del perfeccionismo. De acuerdo con Caballo et al. (2014), los más difíciles de explicar etiológicamente son los trastornos del grupo A, para los cuales los predictores más precisos tienden a ser los antecedentes familiares.

Actividad 5

Escoge una de las siguientes películas: *American Psycho*, *A Beautiful Mind* (Una mente brillante), *Black Swan* (Cisne negro), *A Clockwork Orange* (La Naranja Mecánica) o *As Good as it Gets* (Mejor imposible). Todas ellas contienen datos suficientes de la trayectoria biográfica del protagonista para identificar el trastorno de personalidad que presenta dentro del Eje II. Utiliza los criterios diagnósticos del DSM-5 para identificar el trastorno de personalidad del protagonista. Identifica también si dentro de la trama de la película presenta síntomas que permitan diagnosticar un trastorno dentro del Eje I y qué trastorno sería este.

Unidad 5

Las esquizofrenias

5.1. Síntomas de la esquizofrenia y su diagnóstico

La categoría diagnóstica *esquizofrenia*, en cierto modo hereda los sedimentos culturales de las preguntas por la locura en la historia humana. En la actualidad, aunque puede hablarse de un espectro esquizofrénico y de cuadros clínicos afines entre sí pero que se diferencian en su sintomatología, curso y pronóstico, la clasificación del DSM-5 organiza las manifestaciones observables directas del trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Hay un cierto consenso respecto a los síntomas de la esquizofrenia, presentando síntomas positivos y negativos y, en algunos casos, síntomas de desorganización. Los síntomas positivos son aquellos que presentan exceso de algún comportamiento o actividad cognitiva, tienden a resultar más alarmantes y evidentes que los negativos. Como síntomas positivos, Caballo et al. (2014) identifican: (a) Ideas delirantes: convicciones inamovibles que demuestran el deterioro de la capacidad para hacer inferencias lógicas que afectan emocionalmente al paciente y ocupan mucho de su tiempo; son creencias no compartidas por los otros ni explicables por el contexto religioso o cultural del paciente. (b) Alucinaciones: experiencias sensoriales que se producen en ausencia de los estímulos reales que deberían sustentarlas; suelen ser de cualquier modalidad sensorial, aunque con frecuencia son auditivas, a manera de voces que hablan al paciente; y (c) Síntomas motores o comportamiento catatónico: los cuales son ampliamente variables, presentándose desde estados de estupor hasta estereotipias motoras, manierismos, ecopraxias y negativismo.

Los síntomas negativos se caracterizan por la ausencia de elementos asociados al funcionamiento normal. Se presentan los siguientes: (a) Alogia: es una alteración del pensamiento manifiesto en falta de fluidez o producción insuficiente del lenguaje, y no hay producción espontánea de habla. (b) Abulia-Apatía: ausencia de comportamientos dirigidos a alguna meta y carencia de energía para iniciar, mantener o terminar conductas, suele mani-

festarse en descuido por las tareas domésticas o laborales o por la propia higiene personal. (c) Anhedonia: disminución de la capacidad para sentir placer por la realización de actividades. (d) Aplanamiento afectivo o embotamiento: Ausencia o disminución de la intensidad de la reacción emocional hacia estímulos e incapacidad para expresar emociones, prescindiendo de la comunicación no verbal o contacto visual (Caballo et al., 2014).

Tabla 4

Características clínicas de la esquizofrenia

Síntomas positivos	Síntomas negativos	Síntomas de desorganización
– Ideas delirantes	– Alogia	– Lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento
– Alucinaciones	– Abulia-Apagía	– Comportamiento desorganizado
– Síntomas motores y comportamiento catatónico	– Anhedonia	– Afecto inapropiado
	– Aplanamiento afectivo o embotamiento	

Nota. A partir de Caballo et al. (2014)

Por último, los síntomas de desorganización, según Caballo et al. (2014), eran síntomas anteriormente incluidos dentro de los positivos, pero para el DSM-IV-TR se determinó que hacían parte de un conjunto comportamental diferente. Esto incluye: (a) Lenguaje desorganizado: se manifiesta en descarrilamiento o figura de ideas, pasando de un tema a otro sin enlazar contenidos, caracterizándose por la incoherencia. (b) Comportamiento desorganizado: la conducta desorganizada e impredecible presenta poca relación con las exigencias de su ambiente y puede ser producto de las alucinaciones; puede caracterizarse por comportamientos excéntricos no explicables por otras patologías. (c) Afecto inapropiado: las reacciones afectivas son incongruentes con la emoción expresada y con la situación en que se encuentran.

5.2. Causas de la esquizofrenia y tratamiento

Aún no están esclarecidos los mecanismos causales que llevan al establecimiento de los trastornos esquizofrénicos. Sin embargo, según Caballo et al. (2014), existe un sinnúmero de hipótesis que explican la esquizofrenia a través de variables que se encuentran en la genética, en la bioquímica (explicaciones basadas en las proporciones inusuales de toxinas, hormonas, enzimas o neurotransmisores-neuromoduladores), en aspectos como problemas neuroana-

tómicos o neurofisiológicos, problemas del neurodesarrollo, incluso complicaciones perinatales o a procesos infecciosos causados por virus no identificados.

Por último, de acuerdo con Belloch et al. (2008), también existe el modelo vulnerabilidad-estrés, que integra todos los factores anteriores en tres: la vulnerabilidad biopsicológica, la existencia de estresores medioambientales y factores protectores. De acuerdo con este modelo, todos los individuos tienen un grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, con los estresores medioambientales precisos y que superen el umbral de tolerancia del sujeto, puede producirse un trastorno esquizofrénico. La mecánica propuesta por el modelo alude a que la exposición al evento estresante puede provocar crisis internas biopsicológicas a través del impacto corporal del estrés.

Aunque la esquizofrenia no tiene cura, en algunos casos se pueden establecer tratamientos que permitan al sujeto establecer una relación funcional con su entorno. Normalmente suelen ser terapias farmacológicas basadas en antipsicóticos, pero también pueden establecerse terapias psicológicas conductistas dirigidas al control de los síntomas o rehabilitación cognitiva o, incluso, para algunos niveles moderados de esquizofrenia, se puede implementar entrenamientos en habilidades sociales, resolución de problemas y afrontamiento del estrés (Caballo et al., 2014).

Unidad 6

Trastornos de la sexualidad

La respuesta sexual humana tiene una gran variabilidad cultural. Dentro del DSM-5, la clasificación psicopatológica de disfunción sexual está basada en el concepto de funcionamiento sexual, que básicamente es el desarrollo de una salud sexual adecuada con respuestas satisfactorias a nivel fisiológico y psicológico. Por lo tanto, las disfunciones sexuales son variadas alteraciones del funcionamiento y la respuesta sexual acompañadas de malestar clínicamente significativo (Caballo et al., 2014).

Por otro lado, se encuentran las parafilias, que son formas de experimentar la sexualidad asociándola con estímulos o actividades no habituales. Muchas de estas prácticas son inocuas y no generan daños o problemas. No obstante, las parafilias pueden llegar a generar rechazo de los grupos culturales de referencia, y por su mismo carácter cultural, la aceptación de estas prácticas es necesariamente situacional. De esa manera, se puede sostener que los trastornos del funcionamiento sexual abarcan los aspectos problemáticos de la respuesta fisiológica y psicológica de la sexualidad, mientras que los trastornos parafílicos son derivados de la especificidad cultural de la experiencia sexual (Caballo et al., 2014).

6.1. Disfunción sexual

De acuerdo con el DSM-5, esta categoría de trastornos está dirigida a identificar dificultades relativas al funcionamiento sexual caracterizadas por malestar clínicamente significativo, persistentes como mínimo durante seis meses (American Psychiatric Association, 2014). Las disfunciones psicológicas podrían clasificarse en trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, orgásmicos o trastornos asociados al dolor. Sin embargo, algunos de los trastornos involucran más de uno de estos aspectos. El manual propone los siguientes trastornos:

- Eyaculación retardada: Trastorno masculino caracterizado por un retardo marcado y no deseado de la eyaculación.

- Trastorno eréctil: Trastorno masculino que se caracteriza por una dificultad marcada para conseguir y mantener una erección durante la actividad sexual o reducción de la rigidez de esta.
- Trastorno orgásmico femenino: Trastorno femenino caracterizado por el retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo y de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
- Trastorno del interés/excitación sexual femenino: Trastorno femenino caracterizado por el interés reducido o ausente por la actividad sexual, ausencia de pensamientos o fantasías sexuales y excitación o placer sexual reducidos durante todas o casi todas las actividades sexuales en pareja o en solitario que genera malestar clínicamente significativo.
- Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración: Trastorno femenino consistente en dificultades persistentes o dolor vulvovaginal o pélvico, ansiedad de sentir dolor o tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico ante la penetración vaginal.
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón: Trastorno masculino caracterizado por la disminución de fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y ausentes, considerando la edad, y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.
- Eyaculación prematura (precoz): Trastorno masculino caracterizado por un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida por la actividad sexual se presenta en el minuto siguiente a la penetración individual y antes de que el individuo lo desee, y provoque malestar clínicamente significativo.

A esto se suman las disfunciones sexuales inducidas por sustancias o medicamentos, y las condiciones no especificadas que causan malestar clínico al individuo sin cumplir todos los criterios de las anteriores. Actualmente se encuentra en discusión la inclusión del trastorno hipersexual (conocido comúnmente como adicción al sexo), debido a que también constituye un motivo de consulta con una frecuencia creciente (Caballo et al., 2014)

6.2. Los trastornos parafilícos

Las parafilias son formas no convencionales de experimentar la sexualidad que varían ampliamente de cultura a cultura, aunque su carácter patológico también está definido por condiciones muy específicas. En la cultura occidental se considera que la barrera entre una parafilia y un delito sexual se establece bajo el principio de la libertad e indemnidad sexual de las personas, por lo que la pedofilia, incesto o violación, agresión o abuso sexual, son categorizadas como actos delictivos en el lenguaje jurídico (Caballo et al., 2014)

Es decir, los trastornos parafilicos no son una simple preferencia, sino una excitación social que no es sólo intensa sino también recurrente e irrefrenable por la presencia de fantasías o conductas efectuadas de manera inapropiada en situaciones sociales que no lo permiten y sin consentimiento de terceros, generando al sujeto malestar clínicamente significativo. Si bien prácticas como el sadomasoquismo tienen una aceptación cultural creciente, tanto el problema del consentimiento como el del malestar clínico constituyen elementos determinantes para considerarlo un trastorno en vez de una práctica sexual.

- Trastorno de voyeurismo: Consiste en la excitación sexual intensa y recurrente por medio de la observación de una persona desprevenida desnuda, desnudándose o realizando actividades sexuales, en especial sin el consentimiento de esta persona.
- Trastorno de froturismo: Consiste en la excitación sexual intensa y recurrente derivada de tocamientos o fricción contra otras personas.
- Trastorno de masoquismo sexual: Excitación sexual intensa y recurrente que se deriva de recibir humillaciones, golpes, ataduras o sometimientos a cualquier tipo de sufrimiento.
- Trastorno de sadismo sexual: Excitación sexual recurrente e intensa basada en el sufrimiento físico o psicológico de otra persona.
- Trastorno de pedofilia: Excitación sexual intensa y recurrente por la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (menores de 13 años).
- Trastorno de fetichismo: Excitación sexual recurrente e intensa que se deriva del uso sexual de objetos inanimados (excepto objetos diseñados para tal efecto, como juguetes sexuales, o prendas para travestirse) o intereses específicos por partes no genitales del cuerpo.
- Trastorno de travestismo: Excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse (vestirse como el sexo opuesto).

Debido a la gran diversidad de parafilias, el DSM-5 propone que estas sean incluidas como “otros trastornos parafilicos especificados”, en los cuales se encuentran la zoofilia, escatología telefónica, necrofilia, zoofilia, coprofilia, clismafilia o urofilia, siempre que tengan una presencia de seis meses y produzcan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de funcionamiento individual.

Actividad 6

Una de las críticas al DSM-5 y a todas las ediciones anteriores del manual se centra sobre cómo la clasificación de los trastornos reproduce en mayor o menor medida prejuicios basados en el género y discriminación. En el pasado, por ejemplo, la primera edición del DSM consideraba la homosexualidad como un trastorno, para posteriormente reaparecer en la edición III en términos del malestar subjetivo de un individuo en torno al reconocimiento de su preferencia sexual. De acuerdo con Karter y Kamens (2019), las clasificaciones de ciertas conductas como trastornos mentales pueden tener un efecto negativo sobre ciertas poblaciones, al promover la patologización de sus características o su conducta normal. ¿Considera usted que la clasificación actual de trastornos de la sexualidad en el DSM-5 perjudica el reconocimiento de la diversidad sexual en temas como el BDSM, poliamor, asexualidad y otras expresiones? ¿Con base en qué hechos y argumentos?

Unidad 7

Otros trastornos de la adultez

En esta unidad se presentan algunos de los trastornos indexados en el DSM-IV-TR y DSM-5 que tienen características particulares que los diferencian de los grupos anteriormente descritos.

7.1. Trastornos somatomorfos o psicósomáticos

Los trastornos psicósomáticos son aquellos que, médicamente, se considera que no tienen una causa orgánica definida pero que son atribuibles a trastornos mentales. Se basan en el supuesto, inicialmente promovido por la corriente psicoanalítica, de que trastornos de carácter orgánico pueden tener como etiología a fenómenos mentales. Uno de los puntos de desarrollo teórico más importantes para el interés de la psicología clínica sobre los fenómenos somatomorfos es el descubrimiento del estrés (Lazarus y Folkman, 1986), por medio del cual se pudieron identificar respuestas fisiológicas concretas a nivel endocrino, respiratorio y cardíaco que tenían como base una evaluación netamente cognitiva de una situación. Aunque para la psiquiatría, estos trastornos aún tienen problemas para la demostración del mecanismo de influencia entre aspectos psíquicos y cuadros médicos (Vallejo-Ruiloba, 2015).

Teniendo en cuenta este precedente, este tipo de trastornos tiene una base explicativa basada en áreas de conocimiento como la endocrinología y la psiconeuroinmunología. En la actualidad, la evidencia psiconeuroinmunológica ha permitido asociar una serie de alteraciones o trastornos médicos que pueden entenderse como asociados a fenómenos mentales que pueden fungir como causa, presuntamente debido a las consecuencias endocrinas de ciertos estados de activación emocional. De acuerdo con Belloch et al. (2008), en esta categoría se encuentran los siguientes.

- Trastornos asociados al sistema inmune: competencia inmunológica, cáncer, enfermedades infecciosas, problemas de alergia y de la piel.
- Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria y afines.

- Trastornos gastrointestinales: úlcera péptica, síndrome de intestino irritable, inflamaciones intestinales.
- Trastornos respiratorios: Asma bronquial.
- Diabetes.
- Dolor crónico disfuncional.
- Alteraciones neuroendocrinas: hipertiroidismo.

El DSM-IV-TR incluye en su sistema diagnóstico características que sirven para diferenciar los trastornos somatomorfos: existen síntomas físicos que denotan enfermedad orgánica no explicables por condiciones médicas, los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral, y los síntomas no están bajo control voluntario del paciente (American Psychiatric Association, 2008); y el manual diferencia entre trastornos de somatización, trastornos somatomorfos indiferenciado, trastornos de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado.

7.2. Trastornos facticios

Los trastornos facticios son una categoría compartida por el DSM-IV-TR y el DSM-5. Hace alusión a una aparente falsificación o auto-provocación de síntomas médicos. De acuerdo con Caballo et al. (2014), los trastornos facticios involucran síntomas corporales que conviven con la existencia de factores psicológicos involucrados en su génesis. Suponen un riesgo alto para la vida dado que el daño autoinfligido ha llegado a tasas de mortalidad de 2 por cada 10 pacientes (Eisendrath y McNiel, 2004). A nivel nosológico, en el DSM-5 los criterios incluyen signos para su identificación si el paciente los produce sobre sí mismo o sobre un tercero, incluso cuando no existe recompensa externa obvia y no explicable por la presencia de otros trastornos.

7.3. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias y adicciones

De acuerdo con el DSM-5, se considera que estos trastornos tienen en común que se generan y sostienen a través de situaciones y comportamientos que estimulan una activación intensa y directa del sistema de recompensa del cerebro, responsable del refuerzo

de comportamientos y producción de recuerdos, de manera que la conducta reforzada interfiere sobre las actividades normales de la persona (American Psychiatric Association, 2014).

Una adicción puede entenderse como un uso compulsivo y excesivo de una sustancia que interrumpe el ritmo de vida normal y que se asocia a otros trastornos mentales. No obstante, comprender los trastornos derivados del uso de sustancias también debe considerar los contextos socioculturales, los usos sociales de las sustancias, teniendo en cuenta que en diferentes sociedades los umbrales que definen su consumo normal pueden variar. Así, el estudio de la adicción se dirige hacia modelos integrativos de orden (Apud y Romaní, 2016).

El DSM-V establece criterios diagnósticos para diez tipos de sustancias distintas para las cuales se presentan particularidades derivadas del tipo de sustancia:

- Alcohol
- Cafeína
- Cannabis
- Alucinógenos (basados en feniclidina o ariciclohexamina, y otros alucinógenos)
- Inhalantes
- Opiáceos
- Sedantes
- Hipnóticos y ansiolíticos
- Estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros estimulantes)
- Tabaco y otras sustancias

En este orden de ideas, el manual diferencia dos tipos de trastornos para cada una de estas diez clasificaciones. Los trastornos por consumo de sustancias, que básicamente establecen criterios para considerar patológico un patrón de consumo, sin considerar que el uso ocasional o recreativo de las sustancias lo sea necesariamente. Y los trastornos inducidos por sustancias, cuadros sintomáticos como intoxicación o abstinencia, y trastornos mentales inducidos por ellas o por medicamentos.

Actividad 7

Consulta el capítulo “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” del DSM-V o de su guía de consulta de criterios diagnósticos [American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*[®]. American Psychiatric Publishing]. Realiza un cuadro comparativo en el cual identifiques qué rasgos distintivos

posee cada trastorno por consumo problemático de sustancias que lo diferencie de los otros, considerando que se realiza una diferenciación por 10 tipos de sustancias.

Actividad 8

Consulta el texto: Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), pp. 115-125, en el siguiente enlace: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>. Busca clarificar las explicaciones básicas que cada uno de los tres modelos presentados defiende acerca de la naturaleza y causas de las adicciones. Escoge uno de los trastornos por sustancias que aparece en el DSM-V y responde: ¿Cuál de los tres modelos (biomédico, biopsicosocial o sociocultural) es el más adecuado para explicar el trastorno elegido? ¿Por qué?

7.4. Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una relativa desconexión y discontinuidad entre los pensamientos, recuerdos, identidad, control motor y acciones de una persona, constituyéndose como escapes involuntarios de la realidad que interfieren con la conducta funcional cotidiana (Ortiz-Tallo, 2019).

El DSM-5 inventaría los siguientes trastornos disociativos:

- Trastorno disociativo de la identidad. Se conoce con el nombre de “personalidad múltiple”, y es el concepto que explica lo que históricamente se ha conocido como posesiones demoníacas. De acuerdo con Ortiz-Tallo (2019), está ligado a experiencias infantiles traumáticas.
- Trastorno de amnesia disociativa: Es la incapacidad repentina para recordar información personal considerada importante, que no puede explicarse a través del olvido normal y que aparece como respuesta a situaciones conflictivas para la persona. Suele ser una amnesia localizada o selectiva para ciertos eventos, o bien presentarse como una amnesia generalizada sobre la identidad e historia de vida (Ortiz-Tallo, 2019).
- Trastorno de despersonalización-desrealización: Es una sensación de extrañeza en la cual la persona testifica verse desde fuera o alejada de sí mismo, percibiéndose como un extraño, a niveles que alteran la vida de la persona (American Psychiatric Association, 2014; Ortiz-Tallo, 2019).

7.5. Trastornos de la conducta alimentaria en adultos

Los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que se expresan conductualmente en la ingesta de alimentos, no son explicables por otros factores del Eje I o II, y tienen fuertes implicaciones psicológicas tanto en su etiogénesis como en sus consecuencias. Las teorías explicativas, al igual que para los trastornos anteriores, son múltiples, pero también se aprecia una tendencia creciente a integrar las explicaciones neuropsicológicas con el examen minucioso de los aspectos sociales e históricamente específicos del contexto donde estos se desarrollan (Belloch et al., 2008).

- **Anorexia nerviosa:** Consiste en una percepción alterada de la imagen corporal que lleva a una conducta de pensamiento constante sobre los alimentos necesarios para no engordar, privación de los alimentos y otras manifestaciones basadas en un deseo irrefrenable de seguir bajando de peso incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de su grasa corporal. Acompaña alteraciones perceptuales con síntomas cognitivos como un sentimiento general de ineficacia personal (Belloch et al., 2008).
- **Bulimia nerviosa:** La bulimia comparte con la anorexia nerviosa el patrón de alteración perceptual, pero la ingesta presenta otro tipo de patrón. Está marcada por atracones de comida frecuentes seguidos de una conducta compensatoria como inducirse vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas, o emplea conductas como ejercicio intenso o ayuno (Belloch et al., 2008).
- **Obesidad:** Aunque no se encuentra en el DSM, la obesidad es una condición multiterminada con fuertes implicaciones psicológicas tanto en sus causas como sus consecuencias (Belloch et al., 2008). La Organización Mundial de la Salud la define como un exceso de peso y tejido adiposo producido por el desbalance entre la energía ingerida por los alimentos y la requerida por el metabolismo corporal (Organización Mundial de la Salud, 2016)2016. Es de interés clínico debido a la profunda asociación que tiene con indicadores de salud mental positiva y calidad de vida (Arzate Hernández, 2019), pero también por evidencia que muestra ciertos patrones de ansiedad como etiopatogenia psicológica del trastorno para los cuales la comida reduce la activación ansiosa, a lo que se suma la baja autoestima que el individuo desarrolla al exponerse a los ideales estéticos de la sociedad en la que reside (Belloch et al., 2008).

El DSM-V incluye además otros nuevos trastornos como la Pica, el trastorno de rumiación, el trastorno por evitación de ingestión de alimentos y los atracones, junto a trastornos no especificados. En esta edición no se incluye la obesidad como un trastorno, aunque puede considerarse una afección médica que puede ubicarse en el Eje III para efectos de la evaluación multiaxial.

Actividad 9

Realizar una búsqueda en bases de datos como Redalyc, SciELO y EBSCO de artículos de investigación en español publicados entre 2011 y 2021, y responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué evidencia existe sobre la relación que existe entre ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria? Escoge uno de los tres anteriores para realizar la búsqueda.
- ¿Qué otras condiciones médicas y psicopatológicas presentan comorbilidad con cada uno de los tres trastornos de la conducta alimentaria expuestos en el capítulo?

7.5. Trastornos de adaptación

Los trastornos de adaptación son un tipo de categoría controversial introducida en la cuarta versión del DSM (American Psychiatric Association, 2008) y tiene una naturaleza reactiva, es decir, aparece con una clara relación con sucesos determinados de la vida de una persona. Tiene una asociación con el grado de estrés causado por el evento, pero no es explicable únicamente por la influencia del estrés para justificar el diagnóstico, y es capaz de desaparecer con frecuencia poco después de que el factor estresante desaparece (Caballo et al., 2014). Puede explicarse con el modelo teórico de afrontamiento, en términos de la inadecuación o insuficiencia de las estrategias de afrontamiento de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). De acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2008), las circunstancias hacia las cuales se pueden presentar trastornos de adaptación son:

- Problemas relativos al grupo primario
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relacionados con la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas asociados al acceso a los servicios médicos

- Problemas asociados a la interacción con el sistema legal
- Otros problemas psicosociales o ambientales

Actividad 10

Realizar una búsqueda en bases de datos como Redalyc, SciELO y EBSCO de artículos de revisión de literatura en español que permitan clarificar el concepto de “duelo” en psicología clínica. Las revisiones de literatura son artículos que no presentan resultados de investigación empírica, sino que sistematizan los hallazgos de varias investigaciones que sí lo hacen. Aclarar la conceptualización de duelo y contestar a la siguiente pregunta: ¿El duelo patológico debería ir dentro de los trastornos depresivos o dentro de los trastornos de adaptación? ¿A qué categoría debe pertenecer el duelo normal? ¿Por qué?

Referencias

- American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing.
- Apud I., y Romaní O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, vol. 16(2), pp. 115-125.
- Arzate Hernández G. (2019). *Estudio comparativo entre calidad de vida y salud mental positiva en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad* [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Belloch A., Sandín B., y Ramos F. (2008). *Manual de psicopatología*.
- Bredström A. (2019). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *Journal of Medical Humanities*, vol. 40(3), pp. 347-363. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>
- Caballo V. E., Salazar I., y Carrobles, J. A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Capafons J. I., y Sosa C. D. (2007). *Fobias específicas*. Pirámide.
- Damasio A. (2005). En busca de Spinoza. *Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Eisendrath S. J., y McNiel D. E. (2004). Factitious physical disorders, litigation, and mortality. *Psychosomatics*, vol. 45(4), pp. 350-353.
- Karter J. M., y Kamens S. R. (2019). Toward Conceptual Competence in Psychiatric Diagnosis: An Ecological Model for Critiques of the DSM. En S. Steingard (Ed.), *Critical Psychiatry: Controversies and Clinical Implications*, pp. 17-69. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02732-2_2
- Lazarus R. S., y Folkman S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Millon T., y Everly G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Martínez Roca.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=CEC9AC40D3FC0D37E98759DE684F3812?sequence=1

Ortiz-Tallo M. (2019). *Psicopatología clínica: Adaptada al DSM-5*. Ediciones Pirámide.

Vallejo-Ruiloba, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson.

Reseña del autor

Fredy Alexander Romero Guzmán Ph. D.

Psicólogo. Especialista en psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Magíster y Doctor en Psicología de la Universidad del Norte, Barranquilla. Docente de carrera del programa de psicología de la Institución Universitaria de Envigado. Representante por Colombia de Alapcco, Federación Latinoamericana de terapias cognitivas y conductuales.

Correo electrónico: faromero@correo.iue.edu.co – psfredyromero@yahoo.com

Este módulo didáctico se compone de siete unidades de aprendizaje correspondientes a la carta descriptiva de la asignatura Psicopatología de la edad adulta. Contiene conceptualizaciones de orden clínico y disciplinar y actividades prácticas que complementan la asignatura y direccionan el trabajo independiente del estudiante.