



UAP

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

PSICOPATOLOGÍA I

**“TRASTORNOS MENTALES: NOCIONES GENERALES Y
CLASIFICACIÓN CLÍNICA”**

ESTUDIANTE : CRISTIAN ARTURO PAREDES QUIJANDRÍA

DOCENTE : PS. ALMICAR LOAYZA CÉSPEDES

CICLO : SEXTO DE PSICOLOGÍA HUMANA

TACNA – PERÚ

PRESENTACIÓN

Dentro de la psicología, es importante considerar el abordamiento que hace el profesional en la identificación y diagnóstico de la diversidad de psicopatologías del individuo que ingresa al salón de consulta.

Estas personas o quienes las conducen a nuestra sala de consultas depositan en nuestras manos su confianza y la certeza de que se les va a identificar el problema que pudieran tener y que les afecta a ellos mismos como a su entorno.

El hecho de reconocer y hacer un diagnóstico de la salud mental o psicológica de una persona es algo que en nuestra carrera no se puede dar el lujo de fallar. Y viendo las implicaciones de abordar en el diagnóstico de un paciente, es determinante tener una base suficientemente firme de los saberes psicopatológicos, pero sobre todo sobre los tipos de trastornos mentales de la persona.

DEDICATORIA:

“Primero a Dios, mi Padre supremo, que me dio todo y no me niega nada”.

“A mis padres Mercedes y Ángel, que con ellos y gracias a su bondad y amor, me encuentro donde estoy, realizando mis proyectos y sueños”

Índice

1.-	Introducción	05
2.-	Trastorno mental	06
3.-	Clasificación de T.M.	10
4.-	Conclusiones	48
5.-	Anexo	49
6.-	Bibliografía	52

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son alteraciones de los procesos cognitivos, afectivos y volitivos del individuo que afectan a la salud mental del individuo y su interacción con su entorno social.

Si nos remontamos al concepto de enfermedad mental, esta no se podría definir así por así, no habría una definición exacta, pues de esta sólo se puede decir de la descripción de síntomas y signos que padece un enfermo, en conjunto con su desarrollo y evolución en el individuo, y si tuviéramos que ser más específicos, daríamos una interpretación como el impedimento del ejercicio de la libertad de la persona por incapacidad para ejercerla (significado ontológico).

Dentro de estos cuadros psicopatológicos se encuentran un sin fin de clasificaciones, pero en las empleadas en la labor clínica del psicólogo, estas las del CIE 10 y el DSM IV. Para el abordaje de los trastornos mentales se describirá las más destacadas en el ámbito laboral clínico del psicólogo, dando así por expuesto al lector la importancia del conocimiento de estas como una de las bases necesaria para la intervención clínica del profesional de psicología.

Trastornos mentales

1 – Trastorno mental:

Alteración o perturbación de la función psíquica (procesos cognitivos, afectivos, volitivos), que afecta directamente a la salud mental de la persona que lo padece e indirectamente a su entorno social.

El trastorno mental implica en la persona un conjunto de malestares (afectivo-volitivo) y discapacidades mentales (percepción de la realidad alterada, formación de ideas, pensamientos delirantes, etc.), de las cuales se manifiesta a través de una afectación intensa del juicio de la realidad (psicosis), afectación en el comportamiento conductual adaptativo, y afectación emocional.

Para poder determinar en una persona un trastorno mental es importante considerar los criterios normativos psíquicos y los criterios psicopatológicos.

1.1 - Criterios normativos psíquicos:

A continuación se nombrarán algunos criterios de salud mental o de normalidad psíquica que señalan un adecuado funcionamiento mental:

- Sentido propio de la identidad y la cohesión interna, que va unido aun conocimiento de uno mismo, de las propias motivaciones, deseos y emociones.
- Sentido de la autoestima, ajustado a la realidad. Significa sentirse satisfecho y en paz con uno mismo, con el desarrollo de su “Yo ideal” que sirve de referencia para la evolución en continuo perfeccionamiento personal.
- Sentimiento de seguridad, de ser aceptado en el mundo social.
- Capacidad para aceptar y dar afecto.
- Responsabilidad hacia el grupo social y familiar en el que el sujeto se desenvuelve.

- Capacidad (no problematizada) de lograr una satisfacción de las necesidades biológicas: hambre, sexualidad, sueño y descanso, etc.
- Capacidad para ser productivo y sentirse creativo y feliz en lo cotidiano.
- Desarrollo de un sistema axiológico, coherente y aceptado con responsabilidad.
- Ausencia de tensión y de hipersensibilidad.
- Presencia de un firme anclaje en la realidad, sin percepciones distorsionadas, de la misma ni expectativas no adecuadas a ella.
- Resistencia al estrés y a la frustración. En función de la existencia de mecanismos de defensa del Yo y su capacidad de enfrentarse eficazmente con los conflictos.

1.2 - Criterios psicopatológicos:

1.2.1 - Criterio estadístico:

Considera anormal toda medida por debajo de dos desviaciones estándar de la media aritmética, en otras palabras, lo anormal se define fuera de las variables que definen psicológicamente a una persona normal en relación a la distribución de la población con respecto al individuo.

1.2.2 - Criterios sociales e interpersonales:

Define la anormalidad como cuestión de normativa social, o sea de consenso social que se alcance al respecto en un momento y lugar determinados.

1.2.3 - Criterios subjetivos o intrapsíquicos:

En estos, es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación, esto se puede entender como las quejas y manifestaciones verbales o comportamentales.

1.2.4 - Criterios biológicos:

Es de variedad amplia e intervienen varias disciplinas de perspectiva biológica (genética, bioquímica, inmunología, fisiología, etc.), su determinación se basa en la expresión de alteraciones y/o disfunciones del modo normal de funcionamiento de estructuras o procesos biológicos involucrados en la psiquis humana.

Relación de algunos agentes patógenos externos de las alteraciones y disfunciones del criterio biológico

Relación de Palabras en las que se emplea prefijos

- *Anergía* : Falta de energía
- *Alogia* : pobreza del lenguaje o del contenido del lenguaje.
- *Disgregación* : descomposición.
- *Disgrafía* : incapacidad para escribir.
- *Dislalia* : Lenguaje defectuoso, sin lesión del S.N.
- *Aprosexia*: grado intenso de distraibilidad
- *Disastria* : lenguaje deficiente con lesión en el S.N.
- *Disnea* : respiración difícil o complicada.
- *Displástico* : estructura corporal humana que no encaja en los tres grupos principales : pícnico, atlético, y asténico de Kretschmer.
- *Agrafía* : incapacidad para escribir o formar letras. Perturbación cerebral.
- *Alalia* : mutismo debido a parálisis o defecto de los órganos vocales.
- *Alexia* : perturbación cerebral caracterizada por la incapacidad de leer, es decir, de comprender el lenguaje escrito.
- *Afasia* : perturbación cerebral que consiste especialmente en la incapacidad para articular palabras o comprender el lenguaje hablado.
- *Abulia* : incapacidad para formar decisiones
- *Acéfalo* : que no tiene cabeza.
- *Hipersomnio* : aumento de sueño.
- *Hipertemia* : aumento de temperatura.
- *Hiperkinético* : inquietud motora.
- *Hiperacusia* : agudeza auditiva excepcional.
- *Hiperalgnesia* : sensibilidad al dolor patológicamente excesiva
- *Hipermetropía* : defecto en la estructura del ojo, la imagen se forma detrás de la retina.
- *Hipermnesia* : grado exagerado de capacidad de retención o memoria.
- *Hipokinesis* : reacción motora subnormal.
- *Hipomanía* : forma moderada de excitación maniaca.
- *Hipoacusia* : disminución de la capacidad auditiva.
- *Hipotimia* : disminución de la reacción emotiva, o depresión.

1.2.5 - Criterios normativos:

Considera la normalidad de la persona en margen a la semejanza de un modelo de perfección humana que reúne las características deseables axiológicas (cualitativo). Entre estos tenemos las cualidades internas y externas:

Cualidades externas

- Aceptación de la realidad, respecto a la percepción objetiva de deseos y fantasías.
- Armonía y adaptación, en lo social, laboral y familiar.
- Independencia, considera criterios propios, capacidad de sustento económico y adecuado nivel de relación heterosexual.
- Tolerancia, frustraciones, fracasos, limitaciones, diferencias y defectos de los demás.
- Responsabilidad, de acciones propias y de personas asignadas a nuestro cuidado.
- Expresividad, capacidad comunicativa de sentimientos e ideas.
- Creatividad, expresión de iniciativa, plasticidad y libertad.

Cualidades internas

- Capacidad de Insight, conciencia y aceptación de posibilidades, motivaciones y limitaciones.
- Manejo de ansiedad y agresividad.
- Aceptación de la variabilidad circunstancial (satisfacción de vida).
- Capacidad para establecer relaciones afectivas estables y satisfactorias.
- Continuidad, consistencia y unidad de la personalidad.
- Capacidad de estar solo (tolerancia sin angustia de periodos de soledad).
- Tener proyectos y metas y ser consecuentes con ellos.

2 - Clasificación de trastornos mentales:

2.1 - Categorización según el DSM IV y la CIE 10:

2.1.1 - Categorización según DSM IV:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM), en su revisión número cuatro, presenta una categorización resaltante de 18 trastornos, con sus respectivas subcategorizaciones. Estas son:

Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:

En sus condiciones evidentes en estos periodos incluyen: conducta problemática, trastornos de identidad de género y ciertos trastornos de la alimentación.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:

En estos, la alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad; su etiología es de enfermedad médica no especificada, el consumo de sustancias que afecten el cerebro, o la combinación de ambos factores.

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica:

Se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, Entre estos tenemos: delirium debido a enfermedad médica, demencia debida a enfermedad médica, trastorno amnésico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad debido a

enfermedad médica, trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastornos del sueño debidos a enfermedad médica.

Trastornos relacionados con sustancias:

Son las alteraciones relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:

La conforman alteraciones con sintomatología psicótica como característica definitoria; incluye: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico no especificado.

Trastornos del estado de ánimo:

Se caracterizan por la presencia de alteración del humor (depresión, excitación maniaca o ambas); están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología.

Trastornos de ansiedad:

Implican la presencia de ansiedad y tensión exageradas, en el contexto pueden aparecer la crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección.

Trastornos somatomorfos:

Caracterizados por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental, sus síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastornos facticios:

Se caracteriza por tener síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, existe en el sujeto una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, tal como se pone de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para tal comportamiento.

Trastornos disociativos:

Consisten en alteraciones de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

Trastornos sexuales y de la identidad sexual:

Se caracterizan por pensamientos y conductas sexuales desviados, ya sea que provoquen ansiedad personal o desadaptación social; en estos se encuentran las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual.

Trastornos de la conducta alimentaria:

Caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Trastornos del sueño:

Consisten en trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño (disomnias), como de acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia (parasomnias); estos se subdividen de acuerdo a su etiología.

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:

Estos trastornos implican la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás; el individuo que los padece percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo, tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. Los integran: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, trastorno del control de los impulsos no especificado.

Trastornos adaptativos:

Caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable; sus síntomas se presentan durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante, e implica un acusado malestar o deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica).

Trastornos de la personalidad:

Implican 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. Se encuentran: el paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, y el no especificado.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

Considera otros estados o problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales descritos previamente; pueden ser: un problema que está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental, la persona tiene un trastorno mental, pero éste no está relacionado con el problema, la persona tiene un trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Para la diagnosticación, emplean el enfoque multiaxial, que consiste en una evolución conformada de varios ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos.
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad.
Retraso mental (dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia)
- Eje III: Enfermedades médicas
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V: Evaluación de la actividad global

2.1.2 - Categorización según CIE 10:

Según la Clasificación Mundial de Enfermedades (CIE) para los trastornos mentales (Capítulo V), en su décima edición, clasifica los trastornos mentales en cien categorías, de las cuales resaltamos once categorías para su explicación, a continuación:

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (F00 – F09):



Caracterizados por tener en común una etiología demostrable, que es una enfermedad o lesión cerebrales u otra afección causante de una disfunción cerebral; puede ser primaria (afectan al cerebro directamente) o selectiva (afectan a

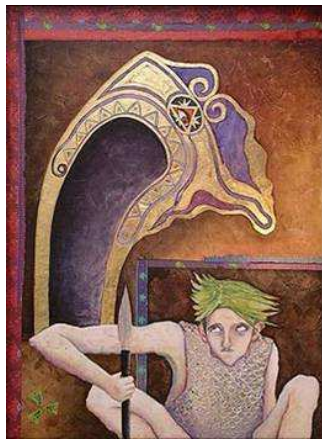
diversos órganos o sistemas, incluyendo el cerebro).

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10 – F19):



Implica la existencia de gravedad que va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos; todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas.

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20 – F29):



Implican la presencia de alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, la ausencia de las características anteriores y la relación con los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos (esquizotípico), como la ausencia de dicha relación (ideas delirantes), la presencia de síntomas psicóticos agudos iniciales (ideas delirantes, alucinaciones, alteración de la percepción) y grave perturbación del comportamiento ordinario (psicóticos agudos y transitorios).

Trastornos del humor (afectivos, F30 – F39):



Caracterizados por una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia; la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

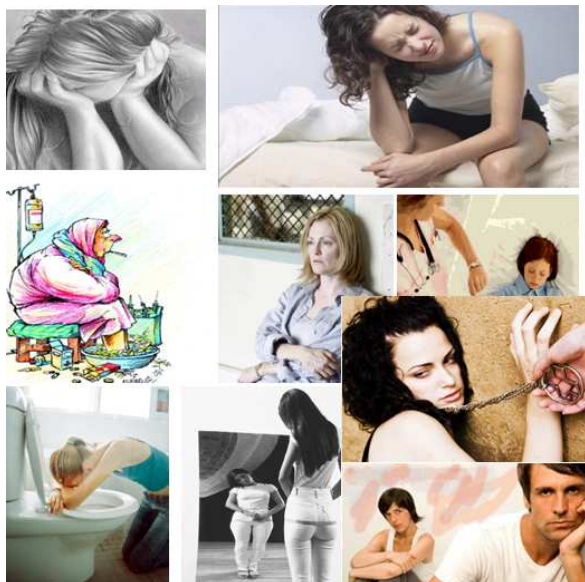
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40 – F49):



Estos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en

relación con la presencia de motivos psicológicos.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50 – F59):



Incluyen a los trastornos de la conducta alimenticia, trastornos no orgánicos del sueño, disfunciones sexuales no orgánicas, factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar, abuso de sustancias que

no producen dependencia, y los no especificados.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60 – F69):



Incluyen en ellos diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la

manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Retraso mental (F70 – F79):



Trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres ó cuatro veces mayor en esta población que en la población general.

Trastornos del desarrollo psicológico (F80 – F89):



Caracterizados por el comienzo siempre en la primera o segunda infancia, el deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están

íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central y el curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales; En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones viso espaciales o de coordinación de movimientos.

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90 – F98):



Incluye a los trastornos hipercinéticos, disociales, disociales y de las emociones mixtas de las emociones del comienzo habitual en la infancia, del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, trastornos de tics, otros trastornos de las emociones

y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Trastorno mental sin especificación (F99):



Caracterizado por no ser especificado dentro de las categorías anteriores expuestas.

Para la evaluación diagnóstica considera un enfoque a través de tres ejes:

- Eje I: Diagnósticos clínicos.
- Eje II: Discapacitación social (áreas: personal, familiar, laboral, social amplia).
- Eje III: Factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad (circunstancias del pasado como del momento actual)

Cuadro comparativo de las categorizaciones del DSM IV y el CIE 10

Principales Categorías Diagnósticas de los Sistemas DSM - IV y CIE - 10	
DSM-IV	CIE-10
1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez y la Adolescencia.	F0. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomático
2. Delirium, demencia trastornos amnésicos y otros trastornos Cognitivos. psicotropas.	F1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias
3. Trastornos mentales debido a una alteración medica general, no clasificados en otros apartados.	F2. Esquizofrenia, trastorno esquizotipico y trastornos de ideas delirantes.
4. Trastornos relacionados con sustancias.	F3. Trastornos del humor (afectivos).
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	F4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
6. Trastornos del estado de ánimo	F5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
7. Trastornos de ansiedad	F6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
8. Trastornos somatoformes.	F7. Retraso Mental
9. Trastornos facticios.	F8. Trastornos del desarrollo Psicológico
10. Trastornos disociativos.	F9. Trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
11. Trastornos sexuales y de identidad de género.	F99. Trastorno mental no especificado
12. Trastornos alimentarios	
13. Trastornos del sueño.	
14. Trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.	
15. Trastornos adaptativos.	
16. Trastornos de la personalidad	
17. Otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica	

2.2 - Clasificación de trastornos mentales:

2.2.01 - Trastornos de las reacciones clínicas ante el estrés:

A- T. Adaptativos:

Alteración de la conducta y humor reflejados en la desadaptación de desencadenantes de estrés dentro de las experiencias comunes. Se presenta tras la presencia de desadaptación tras los tres meses transcurridos del suceso desencadenante.

Los desencadenantes de estrés son sucesos de la transición de desarrollo, situacionales o desencadenantes múltiples acumulados.

Las conductas típicas del sujeto son: depresión, ansiedad, trastornos de la conducta (haraganería, predisposición a peleas, manejo imprudente del auto), patrones del sueño interrumpido, deterioro del desempeño en actividades, retraimiento social.

La conducta se demuestra en un exceso de lo que por lo regular se espera en esas situaciones.

La severidad del trastorno no es proporcional a la del desencadenante de estrés.

B- T. Postraumáticos:

Comprenden como detonantes de la conducta desadaptada frente al estrés a situaciones extremas. El paciente presenta una tendencia a volver a experimentar el suceso, siendo común la interferencia de los sueños y pesadillas recurrentes.

Son comunes los sentimientos dolorosos de culpabilidad, depresión, inquietud e irritabilidad, en algunos casos puede darse brotes de conducta impulsiva no violenta y abuso de alcohol y drogas.

Existe un temor irracional de repetirse el suceso traumático, provocando hipervigilancia y agitación, acompañado en algunos casos de la combinación de pensamientos intrusivos (pensamientos atemorizantes relacionados al evento) y del estado de negación (ignora implicancias de riesgo, olvida los problemas importantes y muestra desinterés por la vida).

Fase de pensamientos intrusivos y de negación (Sintomatología)

<i>Síntomas del pensamiento intrusivo y la negación en los trastornos del estrés postraumático (los síntomas se pueden combinar)</i>
<hr/> <p>Síntomas del pensamiento intrusivo</p> <hr/>
Trastornos del sueño y oníricos Conciencia de ideas y sentimientos que se relacionan con el evento traumático Preocupación por el evento Repeticiones compulsivas de las acciones que se relacionan con el evento
<hr/> <p>Síntomas de la negación</p> <hr/>
Falta de atención selectiva Amnesia (total o parcial) Empleo de la fantasía para contrarrestar las condiciones reales Aislamiento

C- T. Diasociativos:

Disturbios o alteraciones en las funciones de identidad, memoria y conciencia, se puede presentar en forma repentina o gradual, de periodo breve o crónico.

Los pacientes emplean una variedad de recursos dramáticos para escapar de las ansiedades y conflictos causados por el estrés. Su conducta comprende alteraciones temporales repentinas de la consciencia para olvidar experiencias dolorosas, lagunas mentales y cambios drásticos en los roles sociales.

Comprende sentimientos de irrealidad, extrañamiento y despersonalización, y en ocasiones una pérdida o cambio de la identidad propia.

Cuatro condiciones clasificadas como trastornos disociativos:

Amnesia psicógena: Comprende pérdidas de la memoria extensas selectivas (lagunas mentales), es psicógena por la ausencia de etiología orgánica; provocada por accidente físico o evento emocional traumático.

Fuga psicógena: Sus características esenciales son un viaje inesperado lejos de casa y del lugar del trabajo, adaptar una nueva identidad y la incapacidad para recordar la anterior. Provocada por situaciones de estrés intolerables. Generalmente son de duración breve, con recuperación completa y poca probabilidad de recurrencia; casi siempre termina con un despertar repentino, con sentimiento de temor y aflicción.

Personalidad múltiple: El individuo asume personalidades opuestas, ninguna de estas están conscientes de las demás, en otro caso existe amnesia de un sentido (una tiene consciencia de la otra, mientras esta es inconsciente de la primera). Las personalidades pueden considerarse de géneros, edades, orientaciones sexuales, posesiones, intereses, estilos, valores, creencias, problemas, hasta patrones de lenguaje y acentos diferentes. Ocurre mayormente en las mujeres (4 a 1) y presentan un riesgo muy elevado a sufrir ataques epilépticos.

Despersonalización: No comprende trastornos de la memoria, existe un cambio de la percepción de uno mismo y el sentido de la realidad de la persona se pierde o cambia temporalmente, sensación frecuente de no controlar por completo sus acciones, incluso el lenguaje, sensación de estar en un sueño y temor de pérdida de juicio.

Reacciones anormales y normales frente a situaciones de estrés

<i>Respuestas normales y anormales ante el estrés</i>	
Respuestas normales	Respuestas anormales
Sentir emociones fuertes después del evento (por ejemplo, miedo, tristeza, ira)	Sentir una preocupación excesiva por las emociones intensas; experimentar pánico o agotamiento
Oponerse a pensar en el suceso; negación	Resistencia extrema a pensar en el suceso (por ejemplo, por medio del consumo de drogas); negación masiva
Tener pensamientos indeseables e intrusivos acerca del evento	Tener imágenes y pensamientos persistentes y trastornantes que interfieren con el funcionamiento normal
Síntomas físicos temporales (dolores de cabeza, trastornos estomacales)	Reacciones orgánicas fuertes y persistentes (por ejemplo, dolores de cabeza continuos, dolores de estómago crónicos)
Volver a tomar el patrón normal en la vida	Problemas a largo plazo en la capacidad para amar y trabajar

2.2.02 - Trastornos de ansiedad:

A- T. de ansiedad generalizada:

Consiste en la presencia de miedos intensos prolongados, vagos e inexplicables, sin relación a un objeto específico, no existe un peligro real (mayormente ni se imagina que el peligro este presente) y la ansiedad que es generada persiste durante un mes por lo menos.

Sus síntomas se pueden experimentar en forma individual o combinados:

Tensión motriz: No se puede relajarse, hay agitación, tensión y temblor visibles en el sujeto, hay sobresaltación con facilidad.

Reactividad autonómica: Debido a una sobrecitación del sistema nervioso simpático y parasimpático, se caracteriza por sudoración, mareo, ritmo cardiaco acelerado, accesos de calor y frío, manos frías húmedas, molestias estomacales, aturdimiento,

micción o defecación frecuentes, sensación de nudo en la garganta, pulso y respiración aceleradas.

Sentimientos aprensivos sobre el futuro: preocupación por lo que les depara el futuro, sea por personas que están cerca o por posesiones de valor.

Hipervigilancia: Se adopta vigilancia en la vida, donde se buscan los peligros del entorno de manera constante (hiperexcitación del estado consciente).

B- T. de pánico:

Presenta similitud a la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada, pero estos son más intensos, de ansiedad no prolongada y por periodos (varios días), casi siempre comienzan de manera repentina.

El ataque de pánico, surgimiento abrupto de ansiedad intensa, es caracterizado por palpitaciones severas, respiración demasiado agitada, dolores o molestias en el pecho, temblor, sudoración, desvanecimiento y sentimiento de desamparo. Las víctimas temen morir, volverse locas o hacer algo fuera de control. Los casos severos de ataques de pánico en ocasiones van acompañados por periodos de desorganización psicótica con presencia de capacidad reducida de analizar la realidad.

**Cuadro de diferenciación de síntomas del
Trastorno de Pánico y del T. de Ansiedad Generalizada**

Porcentajes de pacientes con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada que informan sobre síntomas particulares

Síntomas	Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad generalizada
Sudoración, bochorno	58.3	22.2
Palpitaciones	89.5	61.1
Dolor en el pecho	68.8	11.1
Desmayos, aturdimiento	52.1	11.1
Visión borrosa	31.2	0
Sensación de debilidad muscular	47.9	11.1

**Características diferenciadas del
T. de Pánico y T. de Ansiedad Generalizada**

Características del trastorno de pánico en comparación con el trastorno de ansiedad generalizada

1. La aparición clínica es más tardía.
2. El papel de la herencia parece ser más importante.
3. El índice de mujeres en comparación con los hombres es mayor.
4. El alcoholismo es más común.
5. En tanto que la depresión es común en ambos, por lo general es más en el trastorno de pánico.

C- T. fóbico:

Presenta un miedo exagerado e irracional con respecto a un objeto especificado. Por lo general no se presenta grandes distorsiones de la realidad, mas sus miedos pierden toda proporción de la realidad y van más allá de su control voluntario. No es necesaria la presencia real del objeto al que se teme para experimentar la tensión e incomodidad intensas.

Cuadro de los Tipos de fobias

<i>Ejemplos de cinco categorías de fobias</i>	
Temores a la separación	Temores sociales
Multitudes	Comer con extraños
Viajar solo	Ser observado mientras escribe
Estar solo en casa	Ser observado mientras trabaja
Temores a los animales	Temores naturales
Ratones	Montañas
Ratas	El océano
Insectos	Riscos, alturas
Temores a la mutilación	
Heridas abiertas	
Operaciones quirúrgicas	
Sangre	

D- T. obsesivo compulsivo:

Las personas que presentan este trastorno están tiranizadas por actos o pensamientos repetitivos.

Las características más comunes son:

- La obsesión o compulsión penetra con insistencia y permanencia en la conciencia del individuo.
- Un sentimiento de amenaza ansiosa ocurre si por alguna razón se evita el pensamiento o acto.
- La obsesión o compulsión se experimenta como si fuera algo extraño para sí mismo; es inaceptable e incontrolable.
- El individuo reconoce la calidad absurda e irracional de la obsesión o compulsión.
- El individuo siente la necesidad resistirse a ellas.

2.2.03 – Trastornos somatoformes y facticio:

A- T. Somatoformes:

En estos trastornos, la sintomatología es corporal sin existencia de algún impedimento físico real.

T. de Dolor Psicógeno: Implica reportes de dolor extremo e incapacitante sin ningún síntoma orgánico identificable o, en gran medida, excesivo de lo que se esperaría con base en síntomas orgánicos que se presentan.

T. de Hipocondriasis: El paciente muestra un temor irreal a las enfermedades, a pesar de estar segura que su funcionamiento social u ocupacional no se verá afectado. En los síntomas se presenta una preocupación obsesiva por la condición de los órganos de su cuerpo y la vigilancia de manera continua de su salud. Siguen a pista muy de cerca a todos los síntomas potenciales e incluso los cambios actuales en el funcionamiento del organismo. Un signo presente es la malinterpretación de la naturaleza de la importancia de la actividad fisiológica y la exageración de síntomas cuando se presentan.

T. de Somatización: (Conocido como el síndrome de Briquet) Caracterizado por la presencia múltiples males somáticos que son recurrentes y crónicos; entre los síntomas están dolores de cabeza, fatiga, palpitaciones del corazón, intervalos de desmayo, náuseas, vómito, dolores intestinales, alergias y problemas de menstruación y sexuales.

Los males son expresados de forma dramática por el paciente, existe una actitud centrada en sí mismo y expresiones exageradas de la emoción. A diferencia de la hipocondriasis, el paciente tiende a preocuparse por los síntomas.

T. de conversión: Su sintomatología consiste en la pérdida reportada de parte o de la totalidad de alguna función corporal básica (parálisis, sordera, ceguera y dificultad para caminar), es involuntario y no concuerda con el estado de las estructuras anatómicas. Una reacción del paciente frente al trastorno es la “Belle indifference” que es la falta de interés por los síntomas físicos incapacitantes.

B- T. Facticio:

Implica el deseo del paciente de asumir el rol del enfermo, con simulación de sintomatología orgánica, psíquica o mixta, en algunos casos el paciente llega a inducir voluntariamente la presencia de síntomas; el paciente no presenta intereses de por medio. Uno de estos casos es el síndrome de Munchausen (forma extrema), caracterizado por la simulación deliberada de síntomas de la enfermedad e incluso intromisión de resultados de exámenes médicos por parte del paciente.

2.2.04 - Trastornos sexuales:

A- T. de disfunción sexual:

Consiste en el deterioro persistente del interés o las respuestas sexuales que provoca dificultad interpersonal o tensión personal, la cual puede ser independiente o relacionada a trastornos psicológicos o condiciones físicas. Se pueden presentar el cualquiera de las cuatro etapas de respuesta sexual: apetito, excitación, orgasmo y resolución; sus tipos son: disfunción eréctil (relacionada a la ansiedad por el desempeño), excitación sexual inhibida (incapacidad para mantener la turgencia y lubricación), anorgasmia secundaria (incapacidad de frecuente para alcanzar el

orgasmo) y el trastorno sexual (aspecto de condición física como factores psicológicos).

B- T. de la identidad del género:

Hace referencia al concepto sexual que la persona tiene de sí mismo, el sentimiento por ser hombre o mujer. Se presenta de dos formas:

Durante la niñez: Caracterizados por presencia de tensión extrema por su género y deseos intensos de pertenecer al sexo opuesto.

En la edad adulta:

Transexualismo: Implica un deseo intenso de cambiar su identidad sexual y su condición anatómica.

No transexual: presencia de incomodidad con el sexo, acompañado de la frecuencia de uso de ropa del sexo opuesto.

C- T. de parafilia:

Implica la estimulación sexual o excitación sexual por medio de objetos o situaciones particulares. Se dividen (según el DSM) en:

Preferencia por el uso de un objeto no humano: Fetichismo (utilidad de objeto no humano), transvestismo (uso de ropa de sexo opuesto).

Actividad sexual repetitiva con seres humanos que comprenden sufrimiento o humillación reales o simulados: Sadismo (objeto: infligir dolor o humillación), masoquismo (objeto: situación de humillación y el trato enfermizo exterior recibido), asfixia autoerótica (objeto: restricción parcial de la excitación).

Actividad sexual repetitiva con parejas sin su consentimiento: Voyerismo (objeto: observación de personas relacionadas a actos sexuales), exhibicionismo (objeto: exposición de genitales), llamadas telefónicas obscenas (objeto: búsqueda de información sexual o los comentario y amenazas sexuales explícitas), pedofilia (objeto: niño o niña).

2.2.05 - Trastornos de la personalidad:

Implica alteraciones y modos del comportamiento, manifestadas de formas duraderas, inadaptadas e inflexibles de relacionarse con el entorno.

A- Conductas extrañas o excéntricas:

T. Paranoide de la Personalidad: Los pacientes presentan conducta de suspicacia y desconfianza de los demás, presentan hipersensibilidad, existe la tendencia generalizada de distorsionar las experiencias propias interpretando hostil a las manifestaciones de los demás (expectativa negativa del resto) y a la búsqueda de significados ocultos en sucesos inofensivos.

Rasgos clínicos observables

<i>Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad paranoide</i>
Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad paranoide
1. Espera, sin bases suficientes, que los demás lo exploten o dañen.
2. Pone en duda, sin justificación, la lealtad y confianza que puede tener en compañeros y colegas.
3. Busca significados amenazantes en frases o sucesos inofensivos.
4. Guarda rencores o no perdona insultos o descortesías.
5. Se niega a confiar en otras personas por el temor infundado a que la información se emplee en su contra.
6. Percibe ataques contra su carácter o reputación que no son aparentes para otras personas y reacciona en forma rápida con enojo o contraataca.
7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación alguna, con respecto de la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual.

T. Esquisoide de la Personalidad: La conducta del paciente es de aislamiento y retraimiento, de preferencia por el trabajo a solas, sin interés por sostener relaciones estrechas y cálidas con otras personas.

Rasgos clínicos observables

<i>Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad esquizoide</i>
Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad esquizoide.
<ol style="list-style-type: none">1. No desea ni disfruta las relaciones estrechas, incluyendo formar parte de una familia.2. Casi siempre elige actividades solitarias.3. Pocas actividades, si no es que ninguna, le provocan placer.4. Expresa poco, o ningún, deseo de tener experiencias sexuales con otra persona.5. Parece indiferente a la admiración o crítica por parte de los demás.6. No tiene amigos cercanos ni confidentes (o tiene sólo uno).7. Muestra frialdad emocional, alejamiento y poca variación en sus emociones.

T. Esquizotípico de la Personalidad: Implica formas extrañas de pensar percibir, comunicarse y comportarse, caracterizado por retraimiento, con emociones superficiales y con incapacidad para socializar, con presencia de excentricidades del lenguaje (palabras y frases poco comunes).

Rasgos clínicos observables

<i>Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad esquizotípica</i>
Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad esquizotípica.
<ol style="list-style-type: none">1. Ideas de referencia (la creencia que la conversación, las sonrisas u otras acciones de la gente se refieren a uno mismo).2. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a relacionarse con temores paranoides en lugar de juicios negativos.3. Creencias o pensamientos extraños de que tiene poderes mágicos (por ejemplo, "otras personas pueden experimentar mis sentimientos").4. Experiencias perceptuales poco comunes que incluyen ilusiones corporales.5. Lenguaje y pensamiento extraños (por ejemplo, muy vago, circunstancial, demasiado elaborado).6. Ideas paranoides o suspicacia.7. Comportamiento o apariencia extraños o excéntricos (por ejemplo, gesticulaciones poco comunes, hablar consigo mismo, lenguaje extraño).8. No tiene amigos cercanos ni confidentes (o quizá tiene sólo uno) que no sean familiares, sobre todo debido a la falta de deseo del contacto, la incomodidad constante con los demás o excentricidades.9. Afecto inapropiado o restringido (por ejemplo, es frío, retraído).

B- Conductas dramáticas, emocionales o erráticas:

T. P. Histriónica: El sujeto da prioridad a la obtención de la atención de los demás, caracterizado de carácter egocéntrico, manipulador y de relaciones tormentosas, tienden a hablar de forma dramática, exagerada y efusiva, de afecto superficial y lábil.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad histriónica

Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad histriónica.

1. Expresiones de emociones que cambian con rapidez, pero son poco profundas.
2. Se preocupan demasiado por el atractivo físico.
3. Apariencia o comportamiento demasiado seductores.
4. Se siente incómodo cuando no es el centro de atención.
5. Lenguaje en exceso impresionista, carente de detalles.
6. Es intolerante o se frustra en exceso ante situaciones que no funcionan precisamente como lo desea.
7. Considera que las relaciones tienen más intimidad de la que en realidad tienen.
8. Expresiones exageradas de emoción con mucha dramatización.

T. P. Narcisista: Presencia de un sentido extremo de la importancia de sí mismo, necesidad de atención constante, fragilidad de autoestima y falta de simpatía hacia los demás, el paciente es propenso a ocuparse en fantasías con respecto a su poder, inteligencia y éxito.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad narcisista

Una persona que tiene por lo menos cinco de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad narcisista.

1. Sentido exagerado de la importancia de sí mismo, exageración de los logros y talentos personales y necesidad de que los demás reconozcan su superioridad.
2. Fantasías de éxito, poder y belleza ilimitados.
3. Sentido de la condición de especial y único que pueden apreciar sólo otras personas o instituciones especiales o de alto nivel (por ejemplo, los patrones).
4. Requiere de admiración y atención excesivas.
5. Sentido de acreditación, espera un trato en especial favorable o el cumplimiento automático de las expectativas personales.
6. Explora a otras personas, se aprovecha de ellas.
7. Carece de simpatía por las necesidades y sentimientos de otras personas.
8. Con frecuencia siente envidia de los demás o cree que los demás lo envidian (se resiente por los privilegios o logros de aquellas personas que considera menos especiales o merecedoras).
9. Comportamiento o actitudes arrogantes y altaneros.

T. P. Limítrofe o fronteriza: Caracterizado por establecimiento de relaciones inestables, frecuencia de amenaza y participa en comportamientos autodestructivos, presencia de conducta impulsiva. El paciente es propenso a tener relaciones por dependencia extrema y la manipulación de los demás.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad limítrofe o fronteriza

Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad limítrofe o fronteriza.

1. Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario.
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas.
3. Sentido del yo persistente y muy desequilibrado, distorsionado o inestable (por ejemplo, un sentimiento de que no existe o representa el mal).
4. Impulsividad en áreas como el sexo, el consumo de sustancias, el crimen o imprudencia al manejar.
5. Pensamientos, gestos y comportamiento suicidas recurrentes.
6. Inestabilidad emocional en periodos de depresión, irritabilidad o ansiedad extremas.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Enojo intenso inapropiado o falta de control del enojo (por ejemplo, pérdida del temperamento, peleas físicas recurrentes).
9. En circunstancias de estrés, experiencias con características psicóticas (por ejemplo, pensamiento paranoide, despersonalización).

T. P. Antisocial: Caracterizada por existencia de antecedentes crónicos y continuos de comportamientos que violan los derechos

de los demás. El patrón comportamental antisocial (desde los 15 años) lo conforma: inestabilidad para conservar un registro de trabajo consistente, actos antisociales repetitivos, fracaso para cumplir con las obligaciones económicas, fracaso para planear con anticipación, imprudencia (sobre todo al manejar), maltratos o descuidos de hijos, promiscuidad sexual, y ausencia total de remordimientos por ocasionar daño a otros.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad antisocial

Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad antisocial.

1. Desenvoltura, superficialidad.
2. Egocentrismo, aires de grandeza.
3. Falsedad, manipulación.
4. Carencia de remordimientos.
5. Carencia de simpatía.
6. Impulsividad.
7. Irresponsabilidad.
8. Enojo y frustración.
9. Antecedentes de problemas conductuales persistentes, variados y serios como niño y adolescente.
10. Comportamiento antisocial en la edad adulta.

C- Conductas ansiosas o temerosas:

T. P. Evitativa: Caracterizado por la presencia de autoestima baja, preocupación por la evaluación negativa por parte del resto, evitación de las interacciones sociales, deseo de afecto y relaciones estrechas, temor de rechazo marcado.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad evitativa

Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad evitativa.

1. Se anticipa y preocupa por que lo rechacen o critiquen en las situaciones sociales.
2. Tiene pocos amigos, a pesar que desea tenerlos.
3. No está dispuesto a involucrarse con la gente a menos de que esté seguro de que va a agradar.
4. Evita las actividades sociales o de trabajo que comprenden un contacto interpersonal significativo.
5. Inhibe el desarrollo de las relaciones íntimas (a pesar de que las desea) por el temor a parecer absurdo, al ridículo y a sentirse avergonzado.
6. Posee poco valor personal porque percibe en sí mismo falta de aptitudes sociales y de cualidades de atractivo personal.
7. Por lo general, se niega a participar en situaciones o actividades nuevas por el temor a sentirse avergonzado.

T. P. Dependiente: El paciente carece de confianza en sus habilidades para funcionar e forma independiente, presencia de permisión de la toma de decisiones por parte de otros individuos; caracterizado por un marcado sometimiento de necesidades y deseos con objeto de conservación de relaciones.

Rasgos clínicos observables

Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad dependiente

Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad dependiente.

1. Es incapaz de tomar las decisiones cotidianas sin la asesoría y seguridad excesivas por parte de otras personas.
2. Permite o alienta a los demás para que tomen decisiones importantes en su vida (por ejemplo, para casarse, dónde vivir, tener hijos).
3. Tiene dificultad para expresar su desacuerdo con otras personas por el temor a que se enojen o pierda el apoyo.
4. Tiene dificultades para iniciar actividades en forma independiente debido a la falta de confianza en el juicio o las habilidades personales.
5. Hace cosas excesivas para obtener aceptación y apoyo de los demás.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo debido a un temor exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca de manera indiscriminada otra relación que le ofrezca aceptación y apoyo.
8. Con frecuencia se preocupa por el temor a tener que cuidar de sí mismo.

T. P. Obsesivo-Compulsivo: Caracterizado por la rigidez y limitación del comportamiento, sensación de control frente al comportamiento, con ausencia de pensamientos obsesivos y rituales. El paciente presenta una falta de habilidades para

expresar emociones cálidas, de perfeccionamiento extremo y visión rígida de la realización de las cosas.

Rasgos clínicos observables

<i>Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva</i>
Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que tiene una personalidad obsesivo-compulsiva.
<ol style="list-style-type: none">1. Perfeccionismo que interfiere en la realización de las tareas.2. Preocupación por los detalles, normas, listas y horarios.3. Negación a delegar las tareas o a trabajar con otros a menos de que se apeguen a su forma de hacer las cosas.4. Devoción excesiva al trabajo y la productividad hasta el punto de excluir las actividades de descanso y amistades.5. Exceso de conciencia e inflexibilidad para los asuntos de la moral o ética.6. Expresión limitada de las emociones cálidas.7. El dinero se considera como algo que representa una seguridad para las catástrofes futuras y el gasto en sí mismo u otras personas es muy limitado.8. Incapacidad para desechar objetos desgastados o sin valor, aún cuando no tienen un valor sentimental.9. Comportamiento que por lo general es rígido y obstinado.

T. P. Pasiva-Agresiva: Caracterizado por la conducta de resistencia y obstrucción pasiva frente a las demandas de desempeño adecuado, tanto laboral como en la vida social, como forma de expresión indirecta de enojo frente a dichas demandas externas. El paciente sabotea sus propios logros por medio del retraso, el olvido y la deficiencia temporal.

Rasgos clínicos observables

<i>Rasgos clínicos del trastorno de la personalidad pasiva-agresiva</i>
Una persona que tiene varias de estas características se puede considerar que padece un trastorno de la personalidad pasiva-agresiva.
<ol style="list-style-type: none">1. Demora la realización de las tareas rutinarias que necesita llevar a cabo, en especial aquellas que alguien más solicita.2. Se enoja, irrita o discute cuando alguien le pide que haga algo que no quiere realizar.3. Parece trabajar con mayor lentitud en forma deliberada o no hace un buen trabajo cuando se trata de tareas que no quiere realizar.4. Protesta, sin justificación alguna, porque otras personas hacen peticiones irracionales.5. Evita las obligaciones al aducir que se le olvidan.6. No cumple con su parte del trabajo y así obstaculiza los esfuerzos de los demás.7. Crítica o desprecia a las personas que ocupan posiciones de poder en un grado irracional.

2.2.06 - Trastornos del estado de ánimo:

A- T. de Depresión: Implica un estado de ánimo bajo, reducción de energía y disminución de la actividad, capacidad reducida para disfrutar, interesarse y concentrarse, cansancio frecuente (incluso tras un esfuerzo mínimo). Es unipolar y sus categorías son:

Distimia: El estado de ánimo deprimido domina largos periodos del tiempo, incluso cuando se interrumpe por periodos breves del estado de ánimo normal. Caracterizado por un estado de ánimo bajo, con disminución de la energía o la actividad, pérdida de confianza en uno mismo o pensamientos de inferioridad, aislamiento social, entre otros. De periodo mínimo de dos años.

Depresión grave: Caracterizado por el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés y placer en la mayor parte de las actividades o de ambas condiciones, pueden incluirse la pérdida de peso, problemas de sueño constantes, incapacidad para pensar con claridad, agitación o comportamiento demasiado aletargado y pensamientos suicidas.

B- T. Bipolares: Caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. La alteración consiste en algunas ocasiones de episodios de humor muy elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipermanía o manía), y en otras, episodios de humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión).

Bipolar II: Presencia de episodio hipomaniaco (Periodo de estado de ánimo elevado levemente y persistente, de sentimientos marcados de bienestar y eficiencia física y mental y de comportamiento de familiaridad excesiva, de excesivo vigor sexual, irritable, de autoestima exagerada, con disminución de las necesidades de sueño, mas el funcionamiento social o laboral no

se ve afectado en gran medida, no requiere hospitalización del paciente) como de un episodio depresivo grave.

Ciclotimia: Existe desequilibrio crónico del estado del ánimo, implica numerosos periodos de hipomanía y depresión leve (disminución de la energía o actividad, pérdida de autoconfianza o pensamientos de inferioridad, aislamiento social, otros). De periodo mínimo de 2 años.

2.2.07 - Trastornos esquizofrénicos:

Caracterizado por distorsiones fundamentales y características de la percepción y el pensamiento, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la consciencia (estado de vigilia) y la capacidad intelectual están conservadas por lo general pero al pasar el tiempo puede presentar déficits cognoscitivos. El paciente presenta delirios, trastornos del pensamiento (formal: pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento autista y pobreza de contenido), falta de emoción apropiada, límites inciertos del yo, motora impredecible (agresiva-inmovilidad), cambio en el nivel emocional, funcionamiento interpersonal deteriorado (propenso a fantasías), dificultades de atención.

2.2.08 - Trastornos mentales orgánicos:

Caracterizados por la presencia de demencia y delirium por etiología demostrable orgánica, por enfermedad, lesión cerebral o disfunción cerebral.

Delirium: Caracterizada por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo. Presenta los síntomas: desequilibrios preceptuales, lenguaje incoherente, insomnio o somnolencia durante el día, aumento o reducción en la actividad psicomotriz, desorientación y deterioro de la memoria. Etiología: enfermedad cerebral, enfermedad o infección en otra parte del

cuerpo que afecta al cerebro, intoxicación, abstinencia de una sustancia a la que el individuo es adicto.

En el **delirium tremens** se incluye de más como síntomas los temblores y alucinaciones visuales, en ocasiones puede ser resultado de consumo excesivo de alcohol.

Demencia: Comprende una pérdida gradual de las capacidades intelectuales que interfiere con el funcionamiento normal, un síntoma común es la confabulación (compensación de pérdida de recuerdos particulares con detalles inexactos), puede ser estable, progresiva o reversible. Se pueden dar: la demencia senil (después de 65 años), presenil (más jóvenes), primaria degenerativa (varios síntomas: pérdida de la memoria, apatía y pérdida de iniciativa, irritabilidad e inquietud durante la noche).

Causas principales de la demencia

Enfermedad de Alzheimer: Referido a demencia senil. La pérdida de neuronas de los lóbulos frontal y temporal de la corteza cerebral provoca lapsos de amnesia, confusión y deterioro físico y mental.

Demencia por infartos múltiples: Es provocada por una serie de ataques menores que ocurren en distinto momentos, la aparición es abrupta y el curso de la enfermedad fluctúa.

Complejo demencial por SIDA: Relacionada con la atrofia cortical que incluye los síntomas de olvido, problemas para la concentración, aletargamiento mental, dificultades motrices y aislamiento conductual.

Otros síndromes orgánicos cerebrales: Provocan cambios importantes en el funcionamiento general, como el síndrome amnésico, síndrome delirante orgánico, alucinosis orgánica, síndrome orgánico del estado de ánimo, síndrome orgánico de ansiedad y síndrome orgánico de la personalidad.

2.2.09 - Trastornos adictivos:

Implica una dependencia a sustancias psicoactivas, que afectan el pensamiento, emociones y comportamiento. Su origen es determinado por factores fisiológicos y psicológicos.

Conducta adictiva por alcohol: Se da por consumo de etanol. Comprende diversos patrones, que van desde la ingestión de grandes cantidades todos los días, hasta los excesos de los fines de semana.

Conducta adictiva por otras drogas: Tenemos: los barbitúricos y tranquilizantes, opiáceos, cocaína, anfetaminas, psicotrópicos y psicodélicos, fenilciclidina, marihuana, nicotina.

Cuadro de drogas y sus efectos

<i>Drogas: características y efectos</i>			
	Efectos típicos	Efectos de una sobredosis	Tolerancia/Dependencia
DEPRESIVOS			
Alcohol	Bifásico: reducción de la tensión "elevada", seguida por la depresión del funcionamiento físico y psicológico.	Desorientación, pérdida de la conciencia, la muerte por niveles en extremo elevados de alcohol en la sangre	Tolerancia; dependencia física y psicológica; síntomas de abstinencia
Barbitúricos Tranquilizantes	Depresión de los reflejos y deterioro del funcionamiento motor, reducción de la tensión	Respiración poco profunda, piel húmeda y fría, pupilas dilatadas, pulso débil y rápido, coma, muerte probable	Tolerancia; dependencia física y psicológica elevada de los barbitúricos, dependencia física de baja a moderada de los tranquilizantes como el Valium, aunque la dependencia psicológica es elevada; síntomas de abstinencia
ESTIMULANTES			
Anfetaminas Cocaína Caféina Nicotina	Aumento del estado de alerta, excitación, euforia, incremento del pulso y la presión sanguínea, falta de sueño	Para las anfetaminas y la cocaína: agitación y, con dosis elevadas crónicas, alucinaciones, delirios paranoides, convulsiones, muerte Para la caféina y la nicotina: inquietud, insomnio, pensamientos irregulares, arritmia cardíaca, posible falla circulatoria. Para la nicotina: aumento de la presión sanguínea.	Para las anfetaminas y la cocaína: tolerancia; dependencia psicológica; posible dependencia física y síntomas de abstinencia para la cocaína Para la caféina y la nicotina: tolerancia; dependencia física y psicológica; síntomas de abstinencia
OPIÁCEOS			
Opio Morfina Heroína	Euforia, somnolencia, sensación repentina de placer, poco deterioro de las funciones psicológicas	Respiración lenta y poco profunda, piel húmeda y fría, náuseas, vómito, pupilas fijas, convulsiones, coma, posible muerte	Tolerancia elevada; dependencia física y psicológica; síntomas severos de abstinencia
PSICOTRÓPICOS Y PCP			
LSD PCP (anestésico disociador)	Ilusiones, alucinaciones, distorsiones de la percepción del tiempo, pérdida del contacto con la realidad	Reacciones psicóticas, sobre todo con la PCP; posible muerte con la PCP	No hay dependencia física para el LSD, se desconoce el grado para la PCP; dependencia psicológica para la PCP, se desconoce el grado para el LSD
MARIHUANA			
	Euforia, relajamiento de las inhibiciones, aumento del apetito, posible desorientación	Fatiga, comportamiento desorientado, posible psicosis	Dependencia psicológica

2.2.10 - Trastornos de conductas inadaptadas en la niñez y adolescencia:

A- Conducta peturbadora:

Indicador obvio de un problema potencial. Relacionado a los niños que no prestan atención y parecen activos de manera excepcional y los niños que se comportan en forma agresiva, violan las reglas y provocan un daño significativo a otras personas y sus propiedades.

Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): Implica la dificultad para centrar la atención con un alto nivel de actividad peturbadora que continua durante un periodo mínimo de 6 meses; los niños que padecen este trastorno presentan un riesgo mayor de tener otros trastornos mentales y conductuales.

Trastorno conductual: Realizan acciones que violan los derechos básicos de los demás o las normas de reglas sociales para su grupo de edad. De un periodo mínimo de 6 meses. Guarda similitud con el trastorno de la personalidad antisocial. Se encuentran problemas menos graves, pero más serios que los de un niño “difícil”, clasificado como un trastorno de negativismo desafiante (no hay violación de derechos básicos ni alguna forma más grave de expresar su comportamiento).

C- T. de Internalización:

Caracterizado por actividades cubiertas por preocupaciones y pensamientos peturbadores.

T. de Ansiedad en la Niñez: Caracterizada por tener varias formas, pero todas implican generación de estados de ansiedad.

Tenemos: Temores y fobias (respecto a temores, mayormente desaparecen al crecer, y la fobia implican un tratamiento), el trastorno de ansiedad excesiva (de bajo concepto de sí mismos y de malestares físicos sin causa física), comportamiento obsesivo-compulsivo leve (quizá requieran tratamiento).

T. de Depresión en Niños y Adolescentes: Puede ser breve, recurrente o prolongado; más frecuentes en adolescentes, pero los niños con depresión demuestran ser más propensos a experimentar depresión de adultos.

D- T. de conducta Alimenticia:

Anorexia nerviosa: Caracterizada por la inanición autoinducida que se presenta en el paciente pese a la experimentación fisiológica y cognoscitiva de hambre. Presenta la distorsión de la percepción de imagen corporal acompañada de la obsesión por la pérdida de peso (a través de la limitación del consumo de alimentos).

Bulimia nerviosa: Caracterizada por una conducta de consumir alimentos en exceso, con propensión a estados de ánimo depresivos y evaluación autocrítica exigente por dicha conducta. También hace presencia el uso de laxantes y el vómito autoinducido.

2.2.11 – Trastornos del desarrollo:

A- T. Autista:

Caracterizado por impedimentos en las relaciones sociales (muy poco comunes), la comunicación y actividades, presencia de

inconsciencia de la existencia y sentimientos de los demás, se manifiesta antes de los tres años o posterior (atípico). Sus signos son:

Las alteraciones cualitativas en la comunicación manifestadas mínimo en una de estas áreas: retraso o ausencia del lenguaje hablado, fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación, uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases, ausencia de juegos de simulación espontáneos o juego social imitativo; como los patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, en alguna de estas áreas (mínimo): Preocupación limitada a comportamientos estereotipados anormales en su contenido, existencia de adherencia a rutinas o rituales específicos sin sentido, manierismos motores estereotipados y repetitivos (palmadas, movimientos complejos de todo el cuerpo, otros), preocupaciones por partes de objetos o elementos sin funcionalidad de objetos de juego (olor, textura, ruido, etc.).

B- Retraso mental:

Implica un nivel de funcionamiento mental significativamente inferior al nivel promedio, acompañado de un deterioro en el funcionamiento social (relaciones). Se divide en cuatro grados: Leve, moderado, severo y profundo. La etiología es orgánica, resultado de una variedad de factores congénitos (respecto a la herencia de ciertos genes: mutación o cambios cromosómicos).

Cuadro de niveles del coeficiente intelectual (CI) en relación a los grados de retraso mental

<i>Niveles de retraso mental</i>		
	CI	Porcentaje de todo el retraso
Retraso mental leve	50-70	85
Retraso mental moderado	35-49	10
Retraso mental severo	20-34	4
Retraso mental profundo	Más abajo de 20	Menos de 1

CONCLUSIÓN

El estudio de los trastorno mentales es importante, pues permite abrir a una noción de las patologías psicológicas que se abordará en el tratamiento con el paciente, el cual merece una atención rigurosa y minuciosa, considerando la gravedad de la enfermedad, pero sobretodo la necesidad que le lleve a estar frente al terapeuta de psicología clínica y la dignidad que le es propia como individuo humano que padece del sufrimiento que dichas enfermedades le ocasionan.

ANEXO

Terminologías:

- **Delirium**, se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo.
- **Demencia**, se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria.
- **Trastorno amnésico**, se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos.
- **Crisis de angustia (panic attack)**, se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Sus síntomas: falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.
- **Psicotrópico**, que ejerce un efecto sobre la mente o modifica la actividad mental.
- **Neurosis**, trastorno emocional, caracterizados por la ansiedad, insatisfacción emocional y conducta inapropiada (no psicótica).
- **Psicótico**, relativo a psicosis.
- **Psicopatía**, alteración de la conducta donde la satisfacción de motivos básicos (lo que mueve a la satisfacción de necesidades) adquieren demasiada importancia en el individuo.
- **Psicosis**, trastorno mental de origen orgánico o emocional, caracterizado por una intensa afectación del juicio de la realidad, con distorsión de la percepción y del pensamiento de la realidad externa.
- **Remisión**, desaparición parcial o completa de las características clínicas y subjetivas de una enfermedad crónica, puede resultar espontáneamente o del resultado de un tratamiento.

- **Hipercinesia**, es el exceso de motilidad contráctil (movimientos espontáneos involuntarios de contracción) de las fibras musculares, que se manifiesta con temores, espasmos y convulsiones.
- **Disocial**, referente al trastorno de la personalidad (no antisocial) caracterizado por hacer caso omiso de las reglas sociales, por prelación o mayor o menor criminalidad.
- **Tics**, movimiento compulsivo habitual e involuntario de algún músculo.
- **Estrés**, mecanismo de defensa del organismo que elevando la adrenalina, consigue en el organismo un estado de alerta frente al peligro; es positivo cuando permite actuar a la persona con mayor lucidez y precisión, y es negativo cuando dicha situación es prolongada demasiado, ocasionando la presencia de síntomas físicos y emocionales que entorpecen la actividad de la persona hasta afectar a su organismo con males..
- **Ansiedad**, sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios fisiológicos (taquicardia, sudoración, temblor, etc.).
- **Hipervigilancia**, estado elevado de vigilancia de manera exagerada, caracterizado por aumento de tensión psicológica y fisiológica, por efectos de la índole de disminución de la tolerancia al dolor, insomnio, fatiga, reforzamiento de las tendencias de la personalidad, y así sucesivamente.
- **Agitación**, intranquilidad excesiva concomitante con desasosiego (inquietud) mental.
- **Psicógena**, Relativo a cualquier síntoma físico o emocional de origen psicológico.
- **Somatoforme**, de forma orgánica.
- **Aprensión**, premeditación, terror de un peligro inminente. Idea fundada o extraña.
- **Ritual**, relativo a una costumbre o ceremonia.
- **Aletargado**, que causa un estado o cualidad de ser indiferente, apático o adormecido.
- **Humor**, relativo al estado anímico del individuo.
- **Lábil**, inestable, fluctuante (oscilante).

- **Alucinosis**, psicosis caracterizada por alucinaciones aguda o alcohólica, forma de psicosis alcohólica en la que se presenta alucinaciones auditivas e ilusiones indefinidas de persecución.
- **Estereotipado**, que se repite sin variación.
- **Inanición**, proceso de agotamiento por falta de alimento y agua o por defecto de asimilación; hambre.

Bibliografía

- **Psicología anormal**, de Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason, Séptima edición 1996.
- **Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10**, de la Organización Mundial de la Salud, edición 2004.
- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV**, de la Asociación Americana de Psiquiatría de Washington, edición de 1995.
- **Diccionario de Psicología**, de Felipe Valdelomar Olórtegui Miranda, edición del 2008, reimpresión 2010.
- **Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud**, del editorial Elsevier, sexta edición de 2010.
- **Psicopatología**, de Ernesto Carzola Pérez, publicado por la Universidad Nacional de San Agustín.