TEMA 8. Trastornos psicológicos y su tratamiento

8.1.- Conducta anormal

- 8.1.1.- El modelo médico y criterios
- 8.1.2.- Estereotipos sobre los trastornos psicológicos
- 8.1.3.- Clasificación de los trastornos psicológicos
- 8.1.4.- Prevalencia de los trastornos psicológicos

8.2.- Trastornos psicológicos

8.3.- Terapias psicológicas

- 8.3.1.- Terapias intuitivas
- 8.3.2.- Terapias del comportamiento
- 8.3.3.- Terapias biomédicas

Conducta anormal (I)

¿Qué es un trastorno psicológico?

Desde el modelo médico se considera el comportamiento anormal como un trastorno y no como producto de causas sobrenaturales. Conceptos médicos como *diagnosis*, *etiología* y *prognosis* se han mostrado valiosos para el estudio y tratamiento de la anormalidad.

- Diagnosis: se refiere a todo lo concerniente a distinguir una enfermedad de otra
- Etiología: refiere a las causas aparentes y al desarrollo de una enfermedad
- Prognosis: previsión del curso probable de una enfermedad

Conducta anormal (II)

Criterios para identificar un comportamiento anormal

- Desviación de la conducta normal: lo que se considera o no normal depende de cada cultura, por lo que no es un criterio objetivo

- Conducta inadaptada: cuando un comportamiento dificulta o interfiere en la vida normal de la persona (familia, trabajo, etc.)

- Angustia personal: cuando una persona se siente afligida, como ocurre con los desórdenes de ansiedad o depresión

Conducta anormal (III)

Estereotipos de los trastornos psicológicos

- *Los trastornos psicológicos son incurables*

- *Las personas con trastornos psicológicos son a menudo violentas y peligrosas*

- *Las personas con trastornos psicológicos se comportan de maneras extrañas y son muy diferentes de las personas normales*

Conducta anormal (IV)

Estereotipos de los trastornos psicológicos

- *Los trastornos psicológicos son incurables*: No. Aunque algunos son crónicos, la gran mayoría se pueden tratar de manera que la persona pueda llevar una vida normal
- *Las personas con trastornos psicológicos son a menudo violentas y peligrosas*: No. Solo unas pocas patologías mentales se asocian con tendencias violentas
- *Las personas con trastornos psicológicos se comportan de maneras extrañas y son muy diferentes de las personas normales*: No. Esto es solo cierto en un número muy pequeño de trastornos. En la mayoría de los casos, las personas con alguna patología psicológica son indistinguibles de cualquier otra persona

Conducta anormal (V)

Clasificación de los trastornos psicológicos según el CIE-10:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos).

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-79 Retraso mental.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F99 Trastorno mental sin especificación.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES
DSM-5®
5.ª edición
EDITORIAL MÉDICA
panamericana

CIE 10
DÉCIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
TRASTORNOS
MENTALES
Y DEL
COMPORTAMIENTO
CRITERIOS
DIAGNÓSTICOS
DE INVESTIGACIÓN
MEDITOR

Conducta anormal (VI)

Prevalencia de los trastornos psicológicos

La *epidemiología* es el estudio de la distribución a lo largo de la población de una enfermedad.

En esa ciencia, la *prevalencia* se refiere al porcentaje de la población que padece una enfermedad determinada en un periodo de tiempo concreto.

Actualmente se estima que el 51% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida. Los más comunes son:

- Trastornos relacionados con el consumo de drogas
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de ansiedad (I)

Todo el mundo experimenta ansiedad de vez en cuando, pero para algunas personas se convierte en un problema crónico (alrededor de un 19% de la población).

Principalmente hay cinco tipos de **trastornos de ansiedad**:

- Trastorno de ansiedad generalizado: se caracteriza por un nivel crónico y alto de ansiedad que no está ligado a ninguna amenaza específica.

- Sienten preocupación constante por los errores pasados y los problemas futuros de poca relevancia real
- Suele ir acompañada de temblores, tensión muscular, diarrea, mareos, desmayos, sudoración y palpitaciones cardíacas
- Suele tener un inicio gradual, es más común en mujeres
- Prevalencia de un 5% de la población

Trastornos de ansiedad (II)

- Trastorno fóbico: se trata de un temor persistente e irracional, de un objeto o situación que no presenta ningún peligro real, que interfiere en la vida normal de la persona

- Suele ir acompañado de temblores y palpitaciones cardíacas
- Hay fobias más comunes que otras: acrofobia (miedo a las alturas), la claustrofobia (temor a lugares pequeños y cerrados), la brontofobia (miedo a las tormentas), la hidrofobia (miedo al agua) y fobias a animales e insectos
- Estas personas suelen darse cuenta de que sus temores son irracionales, pero todavía no pueden evitarlo

Trastornos de ansiedad (III)

- Trastorno de pánico y agorafobia: se caracteriza por ataques recurrentes de ansiedad abrumadora que usualmente ocurren repentina e inesperadamente

- Después de una serie de ataques, las víctimas a menudo se vuelven aprensivos, preguntándose cuándo ocurrirá su próximo pánico
  - Eso puede llevar a tener miedo de salir de casa. Esto crea una afección llamada agorafobia (temor de ir a lugares públicos)
- Alrededor de dos tercios de las personas que sufren de trastorno de pánico son mujeres
- Aparece típicamente durante la adolescencia tardía o temprana edad adulta

Trastornos de ansiedad (IV)

- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**: las obsesiones son pensamientos que repetidamente se inmiscuyen en la conciencia de manera angustiosa. Las compulsiones son acciones ritualísticas que uno se siente obligado a llevar a cabo para aplacar la ansiedad asociada a las obsesiones

- Las obsesiones a menudo se centran en infligir daño a otros, fracasos personales, suicidio o actos sexuales
- Ejemplos comunes de compulsiones incluyen lavado de manos constante, limpieza repetitiva de cosas que ya están limpias; verificación sin fin de cerraduras, grifos, etc.; organización excesiva; recuento y acaparamiento de cosas...
- Aunque podemos ser compulsivos a veces, los trastornos obsesivo-compulsivos ocurren en aproximadamente el 2,5% de la población
- La edad típica de inicio del TOC es la adolescencia tardía y la mayoría de los casos (75%) aparecen antes de los 30 años

Trastornos de ansiedad (V)

- Trastorno de estrés postraumático: perturbación psicológica duradera atribuida a la experiencia de un evento traumático mayor (violación, asalto, accidente automovilístico severo, experiencia angustiante de la guerra, desastre natural, muerte violenta de un ser querido, etc.)

- En algunos casos no aflora hasta muchos meses o años después de la exposición de una persona a estrés severo

- Síntomas comunes incluyen reexperimentar el evento traumático en forma de pesadillas y flashbacks, entumecimiento emocional, alienación, problemas en las relaciones sociales, un aumento de sensación de vulnerabilidad y elevada excitación, ansiedad, ira y culpa

- La vulnerabilidad al trastorno parece ser mayor entre las personas cuyas reacciones son tan intensas que relatan experiencias disociativas (sensación de que las cosas no son reales, que el tiempo se extiende, que uno se está mirando en una película, etc.)

Trastornos somatomorfos (I)

Los trastornos somatomorfos son dolencias físicas que no pueden ser completamente explicadas por condiciones orgánicas y son, en gran parte, debidas a factores psicológicos

- Las personas con personalidad histriónica y con alto neuroticismo son más susceptibles de padecer este tipo de trastornos

- Este comportamiento patológico de búsqueda de atención puede estar causado por estilos de apego inseguros arraigados en experiencias tempranas con sus cuidadores

Principalmente hay tres tipos de trastornos somatomorfos:

- Trastorno de somatización
- Trastorno de conversión
- Hipocondría

Trastornos somatomorfos (II)

- Trastorno de somatización: está marcado por una historia de diversas quejas físicas que parecen ser de origen psicológico

- Los pacientes reportan una sucesión muy diversa de dolencias físicas menores que parecen aumentar y disminuir en respuesta al estrés en sus vidas
- Ocurre principalmente en mujeres
- A menudo coexiste con trastornos de depresión y ansiedad

Trastornos somatomorfos (III)

- Trastorno de conversión: se caracteriza por una pérdida significativa de la función física (sin base orgánica aparente), generalmente en un solo sistema de órganos

- Los síntomas comunes incluyen pérdida parcial o total de la visión, pérdida parcial o total de la audición, parálisis parcial, laringitis o mutismo severo y pérdida del sentimiento o de la función en las extremidades

- Estos pacientes suelen reportar enfermedades más severas que las personas con trastorno de somatización

- Su origen psicológico sale a la luz cuando los síntomas que describe el paciente no son congruentes con el conocimiento actual sobre su supuesta enfermedad

Trastornos somatomorfos (IV)

- Hipocondría: se caracteriza por la monitorización constante de la condición física, buscando señales de enfermedad, de forma que cualquier pequeña alteración de la normalidad lleva al paciente a concluir que ha contraído una enfermedad

- Son a menudo escépticos e incrédulos cuando se les asegura que no tienen ninguna enfermedad real
- Los hipocondríacos sobreinterpretan todo signo concebible de enfermedad, por lo que su angustia también es exagerada
- No obstante, la hipocondría aparece frecuentemente junto a otros trastornos psicológicos, especialmente trastornos de ansiedad y depresión

Trastornos disociativos (I)

Las personas que padecen **trastornos disociativos** pierden el contacto con porciones de su conciencia o memoria, lo que tiene como consecuencia disrupciones en su sentido de identidad. Principalmente hay tres tipos de trastornos disociativos:

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno disociativo de la identidad

Trastornos disociativos (II)

- Amnesia disociativa: se caracteriza por graves déficit de memoria

- La amnesia disociativa es una pérdida repentina de memoria de información personal importante que es demasiado extensa como para ser debida al olvido normal
  - Puede ocurrir por un solo evento traumático o un período prolongado de tiempo que rodea el evento

- Fuga disociativa: se caracteriza por graves déficit de memoria

- En la fuga disociativa, los pacientes pierden su memoria autobiográfica junto con su sentido de la identidad personal
  - No obstante recuerdan todo aquello que no tiene que ver con su identidad, como conducir, andar en bicicleta o resolver problemas matemáticos

Trastornos disociativos (III)

- Trastorno disociativo de la identidad: implica la coexistencia en una persona de dos o más personalidades en gran parte completas y, usualmente, muy diferentes. Popularmente se conoce como trastorno de personalidad múltiple y también se suele confundir con la esquizofrenia, aunque es completamente diferente

- Las personas con "personalidades múltiples" sienten que tienen más de una identidad, con nombres, recuerdos, rasgos y expresiones físicas diferentes y que, normalmente, no se conocen entre sí
- Las transiciones entre identidades a menudo ocurren repentinamente
- Estos pacientes también suelen padecer trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o de la personalidad

Trastornos del estado de ánimo (I)

Los **trastornos del estado de ánimo** están marcados por disturbios emocionales de diversa índole que pueden interrumpir procesos físicos, perceptuales, sociales y de pensamiento. Hay básicamente de dos tipos:

- *Unipolares*: experimentan un extremo emocional, el depresivo

- *Bipolares*: experimentan ambos extremos del continuo emocional, pasando por períodos de depresión y de manía (que se caracteriza por una gran excitación y alegría)

Vamos a ver los dos principales:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno bipolar

Trastornos del estado de ánimo (II)

- El trastorno depresivo mayor es un trastorno unipolar caracterizado por persistentes sentimientos de tristeza y desesperación, renuncia a actividades que el paciente solía encontrar agradables, alteraciones en el apetito y en los patrones de sueño

- A veces no es fácil diferenciarlo de fases de infelicidad y depresión normales que todas las personas padecen en algún momento de la vida
  - Para diferenciarlas se tienen en cuenta, principalmente, la duración de la depresión (si es más de unas pocas semanas) y la medida en que sus efectos dificultan la vida normal de la persona
- Los pacientes tienden a moverse y hablar con lentitud, mostrarse ansiosos e irritables, con baja autoestima y con sentimientos profundos de desesperanza, desaliento y culpa

Trastornos del estado de ánimo (III)

- El trastorno bipolar (antes conocido como trastorno maníaco-depresivo) se caracteriza por la experiencia de uno o más episodios maníacos, así como períodos de depresión

- En un episodio maníaco, el estado de ánimo de la persona se eleva hasta el punto de euforia, se dispara la autoestima y la persona se vuelve hiperactiva y puede pasar días sin dormir, el paciente habla rápidamente y cambia de tema de forma descontrolada
  - A las personas se les da un diagnóstico de trastorno ciclotímico cuando presentan síntomas relativamente leves de alteración bipolar
- El trastorno bipolar afecta aproximadamente al 2 % de la población, con igual frecuencia en varones y mujeres, sobre todo entre los 20 y los 29 años de edad

Trastornos esquizoides (I)

Los trastornos esquizoides son una clase de trastornos marcados por delirios, alucinaciones, habla desorganizada y deterioro del comportamiento adaptativo que afectan a un 1 % de la población. Se caracterizan por:

- Delirios: falsas creencias como pensar que se es un personaje famoso, que sus pensamientos no son privados o que están siendo implantados desde fuera contra su voluntad, etc.

- Pensamiento irracional y caótico

- Deterioro del comportamiento adaptativo, tanto personal (higiene, alimentación...) como social (en el trabajo, etc.)

- Alucinaciones: distorsiones perceptuales, sobre todo auditivas

- Emoción perturbada: poca capacidad de respuesta emocional o respuestas emocionales inapropiadas

Trastornos esquizoides (II)

Hay cuatro subtipos de trastornos esquizoides:

- Esquizofrenia paranoide: caracterizada por delirios de persecución junto con delirios de grandeza

- Los pacientes llegan a creer que tienen muchos enemigos que quieren acosarlos y oprimirlos

- Esquizofrenia catatónica: perturbaciones motrices sorprendentes, desde la rigidez muscular hasta la actividad motora aleatoria.

- Esquizofrenia desorganizada: muestran indiferencia emocional y un comportamiento frecuentemente incoherente

- Son comunes los balbuceos y risitas sin fin, con delirios sobre las funciones corporales ("Mi cerebro está derritiendo mis oídos")

- Esquizofrenia de tipo indiferenciado: pacientes claramente esquizofrénicos, pero que no encajan en ninguno de los subtipos anteriores

Trastornos de la personalidad

Los **trastornos de la personalidad** son una clase de trastornos marcados por rasgos de personalidad extremos e inflexibles que causan angustia subjetiva o deterioro del funcionamiento social y ocupacional

- Las personas con estos trastornos muestran ciertos rasgos de personalidad en un grado excesivo
- Generalmente surgen durante la última infancia o adolescencia y a menudo continúan durante la edad adulta

- Trastorno de la personalidad antisocial: estas personas usan a menudo su encanto personal para explotar y violar sistemáticamente los derechos de los demás

- Comportamiento impulsivo, insensible, manipulador, agresivo e irresponsable que refleja un fracaso en aceptar las normas sociales
- Rara vez se sienten culpables por sus transgresiones
- Es mucho más frecuente en hombres que en mujeres

Trastornos dismórficos y de la alimentación (I)

Los **trastornos dismórficos y de la alimentación** son trastornos graves en el comportamiento alimentario caracterizados por la preocupación por el peso y los esfuerzos malsanos por controlarlo. Hay principalmente dos síndromes que a veces se superponen:

- La anorexia nerviosa: miedo profundo a ganar peso, justificado en una imagen distorsionada del propio cuerpo, que lleva al paciente a negarse a mantener el peso normal y a tomar medidas peligrosas para la salud con ese objetivo. Dos subtipos:

- *Anorexia nerviosa de tipo restrictivo*: los pacientes reducen drásticamente su ingesta de alimentos hasta llegar a morir literalmente de hambre
- *Anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgante*: los pacientes intentan perder peso forzándose a vomitar después de las comidas, abusando de laxantes y diuréticos y practicando ejercicio excesivo

Trastornos dismórficos y de la alimentación (II)

- La bulimia nerviosa: supone comer sin control seguido de esfuerzos compensatorios no saludables, tales como vómitos autoinducidos, ayuno, abuso de laxantes y diuréticos y ejercicio excesivo

- Las compulsiones por comer suelen llevarse a cabo en secreto y son seguidas por una culpa intensa y la preocupación por ganar peso
- Las estrategias compensatorias que se suelen realizar no tienen gran impacto, por lo que las personas que sufren de bulimia nerviosa suelen mantener un peso razonablemente normal
- Problemas médicos asociados con la bulimia nerviosa incluyen arritmias cardiacas, problemas dentales, deficiencias metabólicas y problemas gastrointestinales

Terapias psicológicas (I)

Existen innumerables **métodos de tratamiento**, casi tantos como terapeutas, pero se pueden clasificar en tres categorías principales:

- Terapias intuitivas: basadas en el psicoanálisis de Freud, en las que los pacientes charlan con los terapeutas para cobrar consciencia de los problemas y tratar de darles solución

- Terapias del comportamiento: basadas en los estudios conductistas sobre el aprendizaje, tratan de modificar la conducta de los pacientes para así resolver sus problemas

- Terapias biomédicas: implican intervenciones en el funcionamiento biológico de una persona, bien con fármacos o mediante tecnología. Actualmente, en España, solo pueden realizarlas los psiquiatras

Terapias psicológicas (II)

- Terapias intuitivas:
  - El *psicoanálisis* clásico ya no se suele practicar, pero ha dado lugar a terapias psicodinámicas modernas
  - La *terapia centrada en el cliente* de Rogers enfatiza la aclaración de los sentimientos del cliente y la aceptación de sí mismo
  - La *terapia de grupo* consiste en el intercambio de ideas y el apoyo emocional
  - Las terapias intuitivas son más efectivas que la ausencia de tratamiento o un tratamiento con placebo

Terapias psicológicas (III)

- Terapias del comportamiento:

- La *desensibilización sistemática* de Wolpe es un tratamiento para las fobias que consiste en aplicar técnicas de relajación y exposiciones al estímulo fóbico
- En la *terapia de aversión*, un estímulo asociado con una respuesta indeseada se combina con un estímulo desagradable en un esfuerzo por eliminar la respuesta maladaptativa
  - Con esa técnica se pueden mejorar las habilidades sociales e interpersonales de los pacientes
- Existe amplia evidencia de que las terapias del comportamiento son efectivas en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos: fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, disfunciones sexuales, esquizofrenia, hiperactividad, autismo, etc.

Terapias psicológicas (IV)

- **<u>Terapias biomédicas</u>**:

- Los *fármacos* tienen una gran cantidad de aplicaciones. Los hay antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, etc., y pueden ser bastante eficaces
  - Inconvenientes: todos los medicamentos producen efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser muy problemáticos
- La *terapia electroconvulsiva* se utiliza contra los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión
  - La evidencia sobre su efectividad y riesgos es contradictoria, por lo que se aconseja un uso conservador