

Informe N° 3

Psicología Anormal

Mg. Idalia Rodríguez
C.I. 7.969.591

Por la presente juro que soy el único autor del presente informe y que su contenido es consecuencia de su trabajo académico

Tecana American University

Accelerated Degree Program Bachelor of Science in Psychology



Informe N° 3

Psicología Anormal

Autor:

**Mg. Idalia Rodríguez
C.I. 7.969.591**

27 de julio de 2006

Introducción

El presente informe pretende dar cuenta de lo que es la psicología anormal y su estrecha relación con la psicología clínica y de la salud.

Este panorama conocido como psicología anormal o de la anormalidad ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo.

Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra importante consecuencia ha sido la creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental.

Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardiovasculares y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser una de las bases esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos.

La evolución acelerada en todos los frentes en los que hay trabajando psicólogos y psiquiatras puede hacer que parezca temerario intentar apresar en unas pocas páginas toda la riqueza y posibilidades de explorar lo que comprende la psicología anormal. Sin embargo, lo intentamos hacer, tomando en cuenta de que observamos una imagen de una película que se encuentra en plena proyección.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Conocer las generalidades conceptuales sobre la psicología anormal.

Objetivos específicos:

- Distinguir los conceptos básicos sobre la psicología anormal.
- Conocer los principales componentes funcionales de la psicología clínica.
- Comprender la clasificación de la conducta anormal y del trastorno.

Capítulo I

Conceptos básicos de la psicología anormal

En este capítulo enfocaremos conceptos básicos de la normalidad y la salud mental, tomando en cuenta que en esto interviene la subjetividad, la formación intelectual, la época, la cultura, los elementos escolásticos, el contexto moral, el entorno social, entre otros.

Anormal: 1. Desde el punto de vista estadístico o normativo se considera anormal cualquier conducta o actividad mental que se desvía de la norma cultural o del promedio. 2. Subjetivamente hablando, se considera anormal o psicopatológico los fenómenos que causan dolor o sufrimiento y que inducen a la persona a buscar ayuda. 3. Teóricamente se considera anormal cualquier desviación de los conceptos teóricos de funcionamiento normal e indica enfermedad psiquiátrica. (Lubrano, 2005)

Normalidad: viene de norma, y norma es la regla general sobre la manera como se debe actuar o hacer una cosa, es lo que debido al uso o frecuencia no produce extrañeza.

Normalidad: En psiquiatría es la ausencia de enfermedad mental; aquel estado de salud mental acerca del cual existe un consenso científico y profesional. La persona normal tiene sentido de su propio valor y mantiene confianza y propósito en la imagen de si mismo. (Lubrano, 2005)

Enfermedad mental: Trastorno mental; cualquier deterioro serio de la adaptación; cualquier trastorno psiquiátrico descrito en el *Manual Diagnóstico* de la Asociación Americana de Psiquiatría o en las *Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades* de la OMS. (Diccionario de Psicología y pedagogía)

Malestar subjetivo: Sentimientos personales y privados de malestar, de tristeza o de alteración emocional. (Coon, 2005)

Conducta inadaptada: Conducta que hace difícil adaptarse al ambiente y cumplir las exigencias de la vida diaria. (Conn, 2005)

Salud Mental: Aptitudes del psiquismo para funcionar de modo armonioso, eficaz, agradable, ético y estético, con manejo de las diferencias para afrontar con flexibilidad situaciones difíciles. Existen condiciones positivas para definir la salud mental: (Diccionario de Psicología y pedagogía, 2000)

- La facultad de adaptación al ambiente y a las situaciones.
- La capacidad de aprovechar lo agradable de la vida.
- La aceptación de la sexualidad.

La diferencia entre normalidad y salud mental, es que la primera estiba en un conjunto de normas conductuales aceptadas socialmente y la segunda se refiere a problemas psicosociales, la normalidad se puede apreciar desde el exterior, en la manera en que el individuo se adapta al grupo, en cambio la salud mental es individual y consiste en como la persona se siente. Se puede ser normal y no tener salud mental, por ejemplo: una persona integrada a un grupo (normal), pero se encuentra en un estado depresivo.

Enfermedad: Es el resultado de los intentos del organismo, aunque insuficientes para reestablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores. (Diccionario de psicología y pedagogía, 2000)

Psicopatología: estudia las bases de la conducta anormal, investiga las causas y procesos significativos en los trastornos mentales y sus manifestaciones, su objetivo es estudiar la evolución y transformación del psiquismo humano, sin interesarse en la terapéutica. (Lubrano, 2005)

Normalidad Estadística: Consiste en recibir puntuaciones muy altas o bajas en algunas dimensiones como inteligencia, ansiedad o depresión. La ansiedad, por ejemplo, es una característica de varios trastornos. Si queremos medirla podríamos diseñar una prueba para averiguar cuántas personas muestran niveles bajos, medianos o altos de ansiedad. Por lo regular, los resultados generarán una curva normal (en forma de campana), en este caso “normal” es un concepto estadístico que se refiere exclusivamente a la forma de la curva (Coon, 2005)

Psiquiatría: Estudia el origen, el diagnóstico la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y enfermedades de la psique. (Morris, 1997)

Psiquiatría descriptiva: Sistema de psiquiatría que estudia principalmente los síntomas observables y los fenómenos de conducta más que los procesos psicodinámicos subyacentes; la descripción sistemática de Emil Kraepelin de la enfermedad mental fue un ejemplo temprano de esta psiquiatría. (Morris, 1997)

La psicología médica: Trata de la aplicación de los conocimientos y experiencias de la psicología a todos los problemas de la medicina, esta rama abarca los aspectos psicológicos de la actividad profesional del médico, la relación médico-paciente y la actitud del individuo o grupo, frente a la enfermedad y otros factores como biografía personal o familiar, expectativa de muerte, curación o cronificación, situación y conflictos vitales. (Morris, 1997)

Psicología Clínica: Rama de la psicología que se ocupa de la aplicación de los principios psicológicos a la prevención, tratamiento y comprensión de la psicopatología. (Lubrano, 2005)

Para una gran parte de los psicólogos esta no puede ser considerada una ciencia, ya que su objetivo de estudio no es susceptible de ser investigado por medio de un método experimental y por eso no cumple con una de las principales condiciones de cualquier ciencia.

Síntomas psicológicos del paciente anormal

Trastornos somáticos: Estos trastornos pueden aparecer de manera aguda, bruscamente o estar presentes de modo constante, con periodos de remisión y de reactivación; este trastorno lleva consigo cuatro síntomas que son:

Los *síntomas cardiovasculares*, son los más frecuentes: taquicardia con palpitaciones y variaciones del nivel tensional a veces muy notables.

Los *síntomas respiratorios* son también muy frecuentes: crisis disneicas, sensación de falta de aire o de ahogo y dolor pectoral.

Los *síntomas gastrointestinales* están representados en trastornos más variados: Hipogástricos, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, sequedad bucal y hambre paroxística.

Los *síntomas genitourinarios* pueden ser la impotencia transitoria y los trastornos de ciclo menstrual.

Trastornos psíquicos: Dentro de esta clase los psicólogos clínicos identifican claramente; la sensación de temor, las preocupaciones inmotivadas y un déficit de habilidades.

Trastornos conductuales: Estos trastornos van acompañados de trastornos psíquicos, dentro de esta clase se reconocen: a) la inquietud motora, b) la irritabilidad, c) las perturbaciones del sueño, d) trastorno de la alimentación (alimentación en exceso). (Morris, 1997)

Factores generales de riesgo

Algunos factores que contribuyen a la psicopatología son:

- Condiciones sociales: pobreza, condiciones estresantes de vida, indigencia, desorganización social y hacinamiento.
- Condiciones familiares: padres inmaduros, retrasados mentales, violentos o criminales; desavenencias conyugales severas; disciplina excesiva o deficiente en el niño; patrones desorganizados de comunicación familiar.
- Factores psicológicos: estrés, bajo nivel de inteligencia, problemas de aprendizaje, falta de control o de dominio.
- Factores biológicos: defectos genéticos o vulnerabilidades heredadas, deficiente atención prenatal, peso muy bajo al nacer, enfermedades o discapacidad crónica, exposición a tóxicos o drogas, lesiones del cráneo.

Niveles de funcionamiento en Normalidad

Escala	Nivel de Funcionamiento	Ejemplos
100	Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades. Sin síntomas.	Los problemas de la vida nunca parecen estar fuera de control. Al individuo lo buscan por sus muchas cualidades.
90	Sin síntomas o síntomas mínimos, buen funcionamiento en todas las áreas, problemas mínimos.	Sufre de ansiedad antes de los exámenes y en ocasiones discute con los miembros de su familia.
80	Si hay síntomas presente, son breves y las reacciones comunes a los estresares. Se presenta un leve deterioro en las relaciones, la escuela o el trabajo.	Le cuesta trabajo concentrarse después de discusiones con la familia, se retrasa en el trabajo escolar.
70	Síntomas ligeros o un poco de dificultad en las relaciones, el trabajo o la escuela.	Esta deprimido y sufre un poco de insomnio. Ha bajado de nivel en la escuela y ha robado algunas cosas en casa.
60	Síntomas o problemas moderados en las relaciones, la escuela o el trabajo.	Emociones embotadas, habla evasiva, ataques esporádicos de pánico, sin amigos, incapaz de conservar un empleo.
50	Serios síntomas o deterioro en las relaciones, la escuela o el trabajo.	Tiene ideas suicidas, realiza rituales obsesivos, roba objetos en las tiendas, no tiene amigos y es incapaz de conservar un empleo.
40	Ligero deterioro en la captación de la realidad o en la comunicación, graves deterioros en el trabajo, la escuela, las relaciones, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.	El habla es ilógica, confusa o irrelevante. La persona esta deprimida y rehuye a los amigos, descuida a la familia y es incapaz de trabajar.
30	La conducta se ve afectada por delirios o alucinaciones; existe un serio deterioro en la comunicación o el juicio; es incapaz de funcionar en todas las áreas.	A veces es incoherente y su comportamiento es inapropiado; le preocupa el suicidio; se queda en cama todo el día; no tiene trabajo, casa o amigos.
20	Peligro constante de que se lastime a si mismo o a los demás; incapacidad de realizar un mínimo de aseo personal; grave deterioro de la comunicación.	Lleva a cabo intentos de suicidio, a menudo es violento y sufre de excitación maniática, es incoherente o callado.
10	Peligro constante de que se lastime a si mismo o a los demás; incapacidad constante de realizar un mínimo de aseo personal; actos suicidas serios.	Varias veces violento, casi no realiza su aseo personal, ha realizado intentos serios de suicidio.

Coon, 2005 (adaptación de DSM-IV, 1994)

Capítulo II

Psicología Clínica

En el presente capítulo se llevará a cabo un completo análisis referente a una de las ramas de la psicología con más adeptos, la psicología clínica.

Se desarrollarán temas claves como lo son su definición, su historia y algo muy importante; la función exacta del profesional en el área de la psicología clínica.

Definición

La psicología clínica es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

(Feldman, 1998). "Es la rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal" (pp. 7).

Historia

Establecer un determinado periodo o designar a una persona en particular como iniciador de la psicología clínica sería arbitrario, sino francamente engañoso.

De hecho se puede ir hasta los filósofos griegos, como Tales, Hipócrates o Aristóteles, quienes mucho antes del nacimiento de Cristo especulaban de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología.

En los años anteriores a 1890 existe realmente muy poco en la historia de la psicología clínica como para separarla de la psicología de lo anormal, o como lo denominaron Ziborg y Henry en 1941, psicología médica.

(Reisman, 1976). "Encuentra más útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos reformistas del siglo XIX, cuyos propósitos incluyeron el mejoramiento en los cuidados de los enfermos mentales" (pp. 43)

Estas mejoras y los impulsos humanitarios de aquellos que los alentaron, fomentaron los débiles comienzos de las profesiones de la salud mental, como se le conoce hoy en día (David, Derlad y Stanley, 1996). Una de las principales figuras del

movimiento fue Philippe Pinel, un médico francés horrorizado por la insensata brutalidad que era costumbre en los hospitales mentales del siglo XIX, logró que se le nombrara director del manicomio de Bicetre y después, del Salpatriere. A través de su bondad y humanidad obtuvo grandes logros.

Dentro de un campo muy difícil es poco claro si se debe considerar a los logros de Pinel como algo personal o como desarrollos lógicos derivados la filosofía de Rousseau y del enfoque de la salud mental, y en última instancia de la psicología clínica casi al mismo tiempo, un inglés, William Tuke, se dedicó al establecimiento que se podría llamar un hospital moderno para el tratamiento humanitario de enfermos y perturbados.

En Estados Unidos, Eli Todd, trabajó con éxito durante mucho tiempo para desarrollar un retiro a Hartford para enfermos mentales. Como sus colegas europeos Todd enfatizó el papel de cuidado civilizado del respeto y de la moralidad. A través de sus esfuerzos, se volvió menos convencional considerar a los pacientes con enfermedad mental como incurables.

La búsqueda de los antecedentes psicológicos y un énfasis en el tratamiento habían empezado a remplazar la rudeza rutinaria de la custodia.

Otro estadounidense que tuvo un profundo efecto en el movimiento de la salud mental fue, Dorothea Dix, quien con determinación y obstinación, presionó, estimuló y lisonjeó hasta conseguir respuestas de los representantes del gobierno utilizando la fuerza de la lógica. De los hechos del sentimiento público y de tal conocido cabildeo, impuso su voluntad y en 1817 Nueva Jersey respondió construyendo un hospital para los enfermos mentales, el primero en preceder a más de treinta estados en hacerlo. A través de los esfuerzos de este tipo de personas, se establecieron las bases para un campo de la psicología clínica, pero sería erróneo evaluar estas contribuciones independientes de las fuerzas sociales de este tiempo.

En el siglo XIX los filósofos y escritores proclamaban la dignidad e igualdad de todos los seres humanos. Los gobiernos estaban empezando a responder a la ciencia, que apenas empezaba a surgir, como tal contribuyo al movimiento, empezó a prevalecer una atmósfera de conocimiento a través de la experimentación

El sentimiento que las personas podían predecir, comprender y quizás aun controlar la condición humana comenzó a remplazar la vieja sabiduría. Este fenómeno, ciencia, literatura, política, gobierno y reforma se convino para producir los primeros signos claros e inconfundibles de nuevas profesiones en lo que llegaría a conocerse como salud mental. (David, Derald y Stanley, 1996).

Función del psicólogo clínico

La función del psicólogo clínico consiste en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos conductuales que pueda presentar una persona.

El campo de acción es muy grande y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías, como la esquizofrenia, que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades. Más de un tercio de los psicólogos están ubicados en esta rama.

El psicólogo clínico recibe entrenamiento y se encuentra capacitado para:

- ✓ Evaluar las personas con incapacidades mentales, administración de pruebas psicológicas a pacientes con daños cerebrales, diseño de programas de rehabilitación para enfermos psiquiátricos, crónicos y para evaluar ancianos en cuanto a su capacidad mental para vivir de manera independiente en sus hogares.
- ✓ Planificar y ejecutar programas de terapia, en general y terapia modificada conductual. Ambas se derivan de los principios de la teoría del aprendizaje. Pero en ocasiones pueden elegir la psicoterapia grupal o individual como método preferido o además de técnica conductual.
- ✓ Los psicólogos que trabajan en el servicio de salud sea con niños o con adultos se ocupan de problemas psicológicos que suscita el diagnóstico y del planeamiento de la rehabilitación educacional, social y ocupacional de los pacientes. (Reisman, 1976)

Actividades que puede realizar un psicólogo clínico

<u>Número de oficio</u>	<u>Oficio</u>
Primero	Ayudan a los psiquiatras en el diagnóstico del estado del paciente mediante el uso de test objetivos destinados a estimar la relación existente entre el nivel intelectual del paciente y sus dificultades psicológicas y funcionamiento en el momento del examen.
Segundo	El psicólogo también ayuda a evaluar la probabilidad de que un paciente responda al tratamiento psiquiátrico.
Tercero	Los test ayudan al psicólogo a revelar talentos o intereses latentes que sea posible utilizar en forma constructiva en el tratamiento.
Cuarto	Mediante el uso de los test el psicólogo da una estimación objetiva de los cambios que ocurren en el intelecto y la personalidad como consecuencia del tratamiento
Quinto	Cualquiera que sea el paciente, el psicólogo desempeña un papel en el asesoramiento acerca de la rehabilitación.
Sexto	Debido a su entrenamiento en estadística y método experimental puede diseñar y llevar a cabo investigaciones en el campo clínico.

Nota: Esta son algunas de las muchas actividades que puede realizar un psicólogo clínico.

Otro de los puntos importantes a investigar por los psicólogos clínicos, es la conducta desadaptada, por ejemplo se les atribuye una conducta desadaptada a los consumidores de fármacos (drogas o alcohol).

"La adicción a los narcóticos difiere en las enfermedades mentales. El adicto necesita ayuda tanto para lograr la independencia como para satisfacer sus instintos." (Vaillant, 1970, pp. 497)

¿Con cual criterio trabajan los psicólogos clínicos para saber si el paciente es o no anormal mentalmente? Cuando no existe solución de continuidad entre las áreas del comportamiento normal y las del área patológica: ansiedad o agresividad son por ejemplo dentro de cierto margen perfectamente normales y fisiológicas, pero se convierten en conductas anormales cuando sobre pasan determinados límites.

También podríamos decir que el juicio de normalidad está subordinado al examen del contexto sociocultural dentro del cual se encuentra el paciente.

Teorías Contrapuestas Acerca de la Naturaleza, Causas y Tratamientos de la Conducta Anormal

Tres modelos influyentes y competidores acerca de la conducta anormal, surgieron durante el final del siglo XIX y principios del siglo XX: los modelos biológicos, psicoanalíticos y cognoscitivos-conductuales.

Cada enfoque ha influido el estudio y tratamiento de la conducta anormal, pero ninguna puede afirmar que es en definitiva la teoría correcta acerca de la conducta anormal.

El Modelo Biológico

El Modelo Biológico de la conducta anormal afirma que esta conducta tiene bases bioquímicas o fisiológicas.

Aunque existe sólida evidencia de que factores genéticos/bioquímicos están implicados en los trastornos mentales tan diversos como la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad, la biología sola no puede dar cuenta de muchas enfermedades mentales.

El Modelo Psicoanalítico

El modelo psicoanalítico de la conducta normal, propuesto por Freud, afirma que la conducta anormal es una expresión simbólica de conflictos mentales inconscientes que, en general, pueden ser rastreados hasta la niñez temprana o la infancia.

Pese a todas sus copiosas y atractivas ideas, este enfoque ha producido poca evidencia científica para apoyar su teorización acerca de las causas y el tratamiento efectivo de los trastornos mentales.

El Modelo Cognoscitivo-Conductual

El modelo cognoscitivo-conductual de la conducta normal afirma que los trastornos mentales son resultados de el aprendizaje de maneras desadaptadas de comportarse y proponen que lo que fue aprendido puede desaprenderse. Por lo tanto, los terapeutas cognoscitivo-conductual hacen lo posible por modificar tanto a la conducta disfuncional como los procesos cognoscitivos incorrectos en sus pacientes.

El modelo ha sido criticado por su énfasis extremo sobre las causas y tratamientos ambientales.

El Modelo Diátesis-Estrés y la Teoría de Sistemas

El desarrollo reciente mas prometedor en la psicología anormal es la integración de los enfoques principales.

El Modelo Diátesis-Estrés de la conducta anormal, por ejemplo, afirma que los trastornos mentales se desarrollan cuando una diátesis (predisposición biológica al trastorno) es disparada por circunstancias estresantes.

El enfoque sistemático a la conducta anormal afirma que los factores de riesgos biológicos, psicológicos y sociales, se combinan para producir los trastornos mentales. De acuerdo con ese modelo, los problemas emocionales son "enfermedades del estilo de vida" causados por una combinación de riesgos biológicos, estrés psicológicos, presiones y expectativas sociales.

Métodos de intervención psicológica clínica

Los métodos de intervención psicológica clínica constituyen un subconjunto de los métodos de intervención psicológica.

Lo mismo que todos los métodos de intervención psicológica se caracterizan primeramente por la elección de medios o métodos. Los medios psicológicos típicos son, por ejemplo, el dialogo y el ejercicio o la relación interhumana como factor para influir.

Tienen siempre un punto de arranque en la vivencia y conducta, y se realiza en la interacción social entre el que presta la ayuda y el que la busca. Por tanto la característica esencial no es, como se podría suponer a primera vista, la modificación

de características y procesos psíquicos, si no la influencia ejercida por medios psicológicos. Esta puede estar orientada también a la modificación de estados somáticos por ejemplo, una ulcera de estómago o la tensión arterial alta constituyen primariamente fenómenos somáticos; cuando estos se hallan condicionados psicológicamente o condicionados conjuntamente por factores psíquicos, entonces podrá tratarse con éxito, en algunas circunstancias, por medio de una intervención clínico-psicológica.

Pero de ahí no se puede sacar la conclusión de que las intervenciones psicológicas estén indicadas en el terreno limítrofe de los problemas somáticos, únicamente cuando estos tengan causas psíquicas. Incluso los fenómenos de conducta que se expliquen genéticamente o por factores cerebrales, pueden ser accesibles a veces a la influencia psicológica, como la demuestran los ejemplos de entrenamiento psicológico con personas mentalmente impedidas con niños hiperactivos.

Funciones de intervención en psicología clínica

Las funciones de la intervención psicológica clínica presidiendo de los planes de intervención (funciones, patrones de función, sistemas interpersonales), pueden clasificarse en (4) cuatro grandes grupos: a) de la función de desarrollo, b) de la función de prevención, c) de la función de tratamiento y terapia, d) de la rehabilitación.

Función de desarrollo y de fomento de la salud. Sirve para el enriquecimiento, el desarrollo personal y para el fomento de la salud psiquiátrica corporal.

Función de prevención. Comprende aquellos métodos y estrategias que están en servicio de la prevención de trastornos. También la intervención de casos de crisis las consideramos como función preventiva, por que en situaciones graves de la vida y críticas presta una ayuda para la adaptación ayudando así a impedir el origen de trastornos bastantes duraderos.

Función de tratamiento y terapia. Tiene como finalidad el tratamiento de trastornos y pretende disminuir así la tasa de prevalecencia. El concepto de psicoterapia se emplea en parte para conferirse a esta función.

Función de rehabilitación. Se considera que el fin de la rehabilitación, en sentido amplio, es la reinserción permanente de personas en el trabajo, en el campo social y en la sociedad, después de un tratamiento; es decir de personas que tenían un tratamiento psíquico o psicoanalítico, o que se hallaban impedidas física y mentalmente. Con ello se pretende:

- Impedir las consecuencias a largo plazo de una enfermedad
- Disminuirlas al mínimo en el caso de trastornos crónicos e incurables.

¿Por qué cada vez la gente acude más al psicólogo clínico?

El incremento se explica, por la creciente complejidad de la sociedad industrial, que exige al individuo la realización de un continuo esfuerzo para adaptarse a las nuevas condiciones de vida, situación que puede generar estados de angustia o depresión.

Capítulo III

Clasificación de la Conducta Anormal y del Trastorno.

Trataremos en este espacio lo que se consideran trastornos mentales.

Por casi 40 años, la asociación psiquiátrica estadounidense ha publicado un manual oficial que describe y clasifica las distintas clases de conducta anormal. Esta publicación, **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: manual diagnóstico y estadístico que los trastornos mentales), lleva 4 ediciones. La versión actual, conocida como el DSM-IV, proporciona cuidadosas descripciones de los síntomas de distintos trastornos, pero incluye poca información acerca de las causas y tratamientos.

En 1952, surge la primera edición, DSM-I, debido a la inconformidad del público con este desarrollo, se fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR).

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron **13 grupos de trabajo**, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido de 5 o más miembros, y cuyas opiniones analizaban entre 50 y 100 consejeros. (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un **comité elaborador**, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular). (APA, 2002)

Diagnóstico a través del DSM-IV

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.)

Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad a la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (Por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.)

Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)

Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la Escala de funcionamiento global (EEAG). (APA, 2002)

Clasificación del Trastorno Neurótico

Los trastornos neuróticos se clasifican en los trastornos siguientes:

- A. Trastornos Afectivos o del Estado de Ánimo.
- B. Trastornos de Ansiedad.
- C. Trastornos Psicósomáticos o Psicofisiológicos.
- D. Trastornos Somatoformes.
- E. Trastornos Disociativos.
- F. Trastornos de la Personalidad.

Ahora hablaremos de cada una de estas clasificaciones:

A.- Trastornos afectivos o del estado de ánimo:

Son perturbaciones de las emociones que causan malestar subjetivo, entorpecen la capacidad de una persona para funcionar, o ambos.

Los trastornos afectivos se caracterizan por alteraciones en el humor o estado emocional prolongado, a veces referidos como *afectos*.

Muchas personas poseen una amplia gama emocional, esto es, son capaces de estar felices o tristes, animadas o silenciosas, alegres o desanimadas, llenas de alegría o desdichadas, dependiendo de las circunstancias. En algunas personas con este trastorno, esta gama está muy restringida. Parecen estar fijadas en uno u otro extremo de espectro emocional, cualesquiera que sean las circunstancias de su vida. Otras personas alternan entre los extremos de la euforia y la tristeza.

La depresión y la manía son centrales en estos trastornos.

La Depresión: se caracteriza por tristeza intensa, sentimientos de futilidad e inutilidad y aislamiento de los demás.

La Manía: se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansividad o irritabilidad, a menudo dando por resultado la hiperactividad.

La depresión es una de las condiciones diagnosticada de forma más común entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población general.

Clasificación de los Estados Afectivos

Los trastornos afectivos o del estado de ánimo se dividen de manera amplia en dos categorías importantes en el DSM-IV: Trastorno Depresivo (a menudo llamado Trastorno UNIPOLAR) y Bipolar.

Una vez que ocurre un episodio depresivo o maníaco el trastorno es clasificado en una categoría así como en una subcategoría. Se examinarán las categorías y subcategorías principales al igual que otros aspectos de clasificación.

Trastornos Depresivos:

Los trastornos depresivos en el DSM-IV incluyen: Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Distímico.

Trastornos Depresivos Mayores: A las personas que experimentan un episodio depresivo mayor se les da el diagnóstico de trastorno de depresión mayor. Los síntomas deben estar presentes por lo menos por dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo del individuo.

Episodio Único y Episodio depresivo mayor único Recurrente: dos o más episodios depresivos mayores.

Distimia: Estado de ánimo deprimido que es crónico y de naturaleza relativamente continua. Aquí los síntomas depresivos están presentes la mayor parte del tiempo y duran la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo. Un estudio encontró que la frecuencia de la distimia era mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Trastornos Bipolares:

Se usa el término *Bipolar* porque los trastornos por lo general son acompañados por uno o más episodios depresivos. Las personas en quienes han ocurridos episodios maníacos pero no depresivos son raras en extremo; en tales casos se presume que aparecerá un episodio depresivo en algún momento.

Este trastorno se subdivide en:

Trastornos Bipolares I:

Episodio Maníaco Único: Presencia de un solo episodio maníaco y sin episodios depresivos mayores pasados.

Episodio Reciente Hipomaniaco: En la actualidad (o de manera mas reciente) en un episodio hipomaniaco, con al menos u episodio hipomaniaco previo.

Episodio Reciente Maníaco: En la actualidad (o de manera mas reciente) en un episodio maníaco, con al menos un episodio maníaco previo.

Episodio Reciente Mixto: En la actualidad (o de manera mas reciente) en un episodio mixto (por ejemplo, todos los días, durante un periodo de al menos 1 semana, los criterios para un episodio depresivo mayor-excepto por la duración- y uno maníaco que han sido cumplidos ambos).

Episodio Reciente Deprimido: En la actualidad (o de manera mas reciente) en un episodio depresivo mayor, con al menos un episodio maníaco previo.

Episodio Reciente Inespecífico: En la actualidad (o de manera mas reciente) cumple los criterios para un episodio maníaco, hipomaniaco o depresivo mayor, excepto por la duración (por ejemplo, el episodio no dura lo suficiente para cumplir los criterios para cada uno); al menos un episodio maníaco previo.

Ciclotimia: Estados de ánimos maníacos y deprimidos que son crónicos y de naturaleza relativamente continua.

Trastorno Bipolar II:

Episodios depresivos mayores recurrentes con hipomanía: uno o mas episodios depresivos mayores y presencia de al menos uno hipomaniaco; nunca ha habido un episodio maníaco.

Otros Trastornos Afectivos:

El Trastorno afectivo debido a una condición Física General es una perturbación caracterizada por estados de ánimo deprimido o irritable (o ambos) debidos a una condición física general.

El Trastorno Afectivo Incluido por Sustancias es una perturbación prominente y persistente del estado de animo (depresión, manía o ambas) atribuye al uso o cese de una sustancia. De nuevo, se diagnostica cuando ocurre una angustia y deterioro notables. (APA, 2002)

B.- Trastorno de pánico y por Ansiedad generalizada:

La característica predominante tanto del trastorno de pánico como por ansiedad generalizada en una ansiedad no enfocada o flotante. Es decir, el individuo afectado esta temeroso y aprensivo, pero a menudo no sabe con exactitud que es lo que teme.

Causas de los Trastornos de Ansiedad:

Los Psicólogos con una orientación evolutiva creen que la evolución nos ha predispuesto a asociar ciertos estímulos con temores intensos, y que este es el origen de las fobias. Los psicólogos con una perspectiva biológica proponen que la predisposición a los trastornos y ansiedad puede ser heredada, puesto que estos tipos de trastornos tienden a ocurrir por familias. Los psicólogos cognoscitivos sugieren que quienes creen que no tiene control sobre los sucesos estresantes en su vida son más propensos a sufrir ansiedad, mientras que los teóricos psicoanalíticos se han centrado en los conflictos psicológicos internos como la fuente de los trastornos de ansiedad.

Ansiedad: La ansiedad es una emoción humana fundamental que fue reconocida desde hace unos 500 años.

Todos la han experimentado y seguiremos experimentándola a lo largo de nuestras vidas.

Muchos observadores consideran a esto una condición básica de la existencia moderna.

Algo andaría mal si un individuo no sintiera ansiedad al enfrentar eventos estresantes cotidianos pero cuando los enfrentan es probable que los individuos sin un trastorno manejen la situación enfrentándola.

Usan estrategia tales como: la relajación y solución de problemas para reducir el estrés.

Un diagnostico de trastorno por ansiedad ocurre solo cuando una ansiedad abrumadora altere el funcionamiento social u ocupacional o produce una angustia significativa.

Manifestaciones de Ansiedad:

La ansiedad se manifiesta de 3 maneras: Cognitivamente (en los pensamientos de la persona), Conductualmente (en sus acciones), y Somáticamente (en la reacciones fisiológicas o biológicas).

Los trastornos por ansiedad no implican una pérdida de contacto con la realidad. Las personas que los sufren por lo general pueden continuar con la mayor parte de los asuntos cotidianos de la vida. Aunque estas personas no destacan de la naturaleza lógica u autoderrotante de algunas de sus conductas parecen incapaces de controlarlas.

Las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico. Las manifestaciones conductuales de la ansiedad implican levitación de situaciones provocadoras de la misma, y los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, resequedad de la boca, manos y pies fríos, diarrea, mareos, palpitaciones cardiacas, elevación de la presión sanguínea, indigestiones, etc.

Clasificación de los trastornos de la ansiedad:

La clasificación de los trastornos de la ansiedad es continua y ocurren cambios en cada nueva edición del (DSM).

Aun así los trastornos de ansiedad se han dividido en categorías de diagnóstico más específicas que son:

- ✓ Trastorno de Pánico.
- ✓ Trastorno por Ansiedad Generalizada.
- ✓ Fobias: Agorafobias. Fobias Sociales. Fobias Simples.
- ✓ Trastorno Obsesivo Compulsivo: Obsesiones y compulsiones
- ✓ Trastorno por Estrés Post-Traumático.

Trastorno de Pánico:

Se caracteriza por episodios grandes y atemorizantes de aprensión y sentimientos de destino inminente. Estos ataques a menudo son descritos como horribles y pueden durar de unos cuantos minutos a varias horas; estos parecen ser bastante comunes.

En el DSM-IV pueden ocurrir 3 tipos de ataques de pánico:

- Vinculación a la situación (ocurren antes o durante la exposición al estímulo causante del temor)
- Predispuesto por la situación (ocurren por lo general, pero no siempre, en presencia del estímulo al que se teme).
- Inesperados o sin indicaciones (ocurren de manera espontánea y sin advertencia)

La tasa de prevalencia de por vida para el trastorno de pánico es de alrededor de 3.8%. Las mujeres tienen una probabilidad de ser diagnosticadas con este trastorno dos veces más que los hombres. Estudios futuros, probablemente reportarán una frecuencia más alta del trastorno debido a que la categoría del trastorno de pánico ha sido expandida para abarcar la mayor parte de los casos en Agorafobias.

Trastorno por ansiedad generalizada (TAG):

Se caracteriza por niveles altos persistentes de ansiedad y preocupación excesivas por muchas circunstancias de la vida.

En oposición al trastorno de pánico, los individuos con **TAG** tienen probabilidad de preocuparse por acontecimientos menores del mismo modo que lo

hacen por los eventos importantes. Sus reacciones fisiológicas también son menos que la de las personas con trastorno de pánico pero tienden a ser más persistentes.

El trastorno por ansiedad generalizada parece ser un problema cognitivo que implica preocupación o aprensión en oposición a los individuos sin el trastorno, aquellos con TAG tienen mayor probabilidad de enfrascarse en más pensamientos durante la relajación y especialmente en aquellos negativos durante un periodo de preocupación inducida.

La prevalencia de por vida estimada del trastorno, en los Estados Unidos, es del 8.4%; es el segundo trastorno de ansiedad más frecuente después de las fobias.

Fobias:

El término *fobia* viene de la palabra griega que significa "*Temor*". Una fobia es un temor intenso, persistente e injustificable de algún objeto o situación específica.

Los intentos de evitar el objeto o situación interfieren de forma notable con la vida del individuo. Las fobias es el trastorno mental más común en Los Estados Unidos.

La tasa de prevalencia de por vida estimada es de 12.53% con más de 15 millones de individuos afectados en cualquier momento dado.

El DSM-IV incluye 3 categorías de fobias:

- Agorafobias: la cual es un temor irracional único de quedar atrapado o desamparado.
- Fobia Social: la cual, por lo general, implica situaciones sociales.
- La Fobia Simple o Específica: incluye la mayor parte de los temores.

Fobias y sus objetos

Acrofobia: temor a las alturas.

Agorafobias: temor a los espacios abiertos

Ailurofobia: temor a los gatos.

Algofobia: temor al dolor

Aracnofobia: temor a las arañas.

Astrafobia: temor a las tormentas y relámpagos.

Aviofobia: temor a los aviones.

Brontofobia: temor a los truenos.

Claustrofobia: temor a los espacios cerrados.

Dementofobia: temor a la locura.

Genitofobia: temor a los genitales.

Ematofobia: temor a la sangre

Microfobia: temor a los gérmenes.

Monofobia: temor a estar solo.

Misofobia: temor a la contaminación o a los gérmenes.

Nictofobia: temor a la oscuridad.

Oclofobia: temor a las multitudes.

Patofobia: temor a la enfermedad.

Fobofobia: temor a las fobias.

Pirofobia: temor al fuego.

Sifilofobia: temor a la sífilis.

Topofobia: temor al desempeño

Xenofobia: temor a los extranjeros.

Zoofobia: temor a los animales o alguno en particular.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

Se caracteriza por obsesiones o compulsiones las cuales pueden ocurrir juntas. Los síntomas de este trastorno son descritos como egodistónico, es decir, son considerados, apenas y no efectuados de manera voluntaria por el individuo afectado.

El trastorno es muy angustiante debido a que implica una carencia del control voluntario sobre los pensamientos y acciones propios.

En un estudio epidemiológico del trastorno obsesivo-compulsivo la tasa de prevalencia de por vida para el trastorno esta entre el 2 y el 3%.

De aquellos que cumplen con los criterios para el trastorno, el 55% reportó obsesiones, el 53.4% reportó compulsiones y solo el 8.6% ambos. El trastorno fue igual de común en los hombres y mujeres, pero menos en afroamericanos y estadounidenses de origen mejicano. Es más común en los jóvenes e individuos que estaban divorciados, separados o desempleados.

Trastorno por estrés postraumático (TEP):

Es un trastorno por ansiedad que se desarrolla en respuesta a un trauma psicológico o físico extremo.

Los síntomas del **TEP** parecen ser específicos de la situación traumática y no simple excitación aumentada.

Breslau y asociados estudiaron el TEP en una muestra aleatoria de 1,007 adultos jóvenes que vivían en Detroit, Michigan.

Estaban interesados de manera específica en el porcentaje de individuos expuestos - extremos usando las definiciones del DSM-III-R. En esta, muestra la tasa de prevalencia de por vida de exposición o uno más de los siguientes estresantes: herida súbita o accidentes serios, asalto físico, noticia de muerte súbita o herida de un pariente cercano o amigo, entre otros fue del 39.1%.

De los individuos expuestos a una de estas condiciones, el 23.6% cumplió los criterios para el TEP, mostrando una tasa de prevalencia del 9.2% para el trastorno. Breslau y sus colegas encontraron, también que las mujeres tenían una probabilidad mayor de sufrir del TEP que los hombres, aun cuando estos últimos tuvieron una probabilidad mayor de estar expuestos a situaciones traumáticas.

Como en el caso de los hombres, la mayoría de las mujeres no desarrollaron el TEP después de experimentar un trauma; la única excepción fue la violación, en la que el 80% de las mujeres desarrollaron TEP.

En un intento por encontrar diferencias entre aquellos que desarrollaron un TEP después de ser expuestos a un estresante, estos dos ejemplos fueron comparados: el 75.3% de aquellos que desarrollaron TEP tenían un trastorno de ansiedad preexistente o una historia familiar de síntomas de ansiedad en comparación con el 50% entre los no afectados. Es interesante notar que los investigadores solo encontraron un caso de TEP de inicio demorado, de modo que puede no ser tan común como muchos han pensado. (APA, 2002)

C- Trastornos Psicósomáticos:

Los trastornos psicosomáticos son enfermedades que tienen una base física válida, pero que en gran medida son provocadas por factores psicológicos como el estrés y la ansiedad. De hecho, en la actualidad muchos psicólogos reconocen que casi toda enfermedad física puede ser vinculada al estrés psicológico, en el sentido de que tales tensiones pueden afectar negativamente la química corporal, el funcionamiento de los órganos y el sistema inmune.

La medicina conductual incluye varias disciplinas relacionadas con la enfermedad y se ocupa de los siguientes factores:

- *Etiología*: implicando el estudio de la manera en que interactúan el estrés, el estilo de vida y las características de la personalidad para afectar la susceptibilidad de una persona a la enfermedad.
- *Resistencia del Huésped*: el estudio de los efectos de factores tales como el apoyo social y económico, estilo cognoscitivo y personalidad en la reducción del impacto del estrés.
- *Mecanismo de la Enfermedad*: en particular la determinación en que la manera en que el estrés cambia la fisiología de tal forma que produce problemas tales como trastornos gastrointestinales y enfermedad cardiovascular.
- *Toma de Decisiones del Paciente*: el estudio del proceso por el que los pacientes toman decisiones acerca de sus prácticas de salud.
- *Conformidad*: el desarrollo de programa para incrementar la cooperación del paciente en tomar medicamentos, hacer ejercicios y participar en otras terapias y medidas preventivas.
- *Intervención*: por medio de la terapia educativa conductual dirigida a la alteración de los estilos de vida no saludables y la reducción de manera indirecta de enfermedades o conducta que la inducen.

El punto de vista de que las enfermedades distintas a los trastornos psicofisiológicos tradicionales son estrictamente orgánicas parece demasiado simplista.

Muchos teóricos creen ahora que la mayor parte de las enfermedades son causadas por una interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Esta

relación ha sido encontrada en muchas enfermedades. King y Wilson encontraron que el estrés interpersonal y la depresión estaban relacionadas de manera significativa con la dermatitis.

Sistema inmunológico

Se sabe que el estrés se relaciona con la enfermedad, pero ¿cual es la relación precisa entre las dos? ¿Cómo afecta el estrés a la salud? Este por si mismo no parece causar infecciones, pero puede disminuir la eficiencia del sistema inmunológico, aumentando por consiguiente la susceptibilidad de una persona a la enfermedad. Esta conexión ha recibido la mayor cantidad de atención.

Como se menciono antes, el estrés da por resultado cambios fisiológicos en el cuerpo. Parte de la respuesta de este implica la liberación de varias neuro-hormonas.

Estas sustancias deterioran el funcionamiento inmunológico.

Los leucocitos en el sistema inmunológico ayudan a mantener la salud al reconocer y destruir patógenos tales como bacterias, virus, hongos y tumores. En un sistema intacto, mas de un millón de leucocitos se encuentran en el sistema linfático o circulando en el torrente sanguíneo.

Un sistema inmunológico deficiente puede fallar en la detección de invasores o en la producción de anticuerpos. Su capacidad de protección puede deteriorarse o sus células sanguíneas pueden ser incapaces de reproducirse. Debido al debilitamiento de las defensas, es más probable que se desarrollen o empeoren las infecciones y enfermedades.

Complicación psicológica en trastornos físicos específicos.

Aunque la mayor parte de la investigación que estudia el impacto de los factores psicológicos sobre la función inmunológica es bastante reciente, la conexión mente-cuerpo entre algunos trastornos físicos ha sido estudiada de forma extensa. En muchos casos se ha encontrado una relación entre los factores psicológicos o sociales y el origen y exacerbación de estas condiciones. Además, las ocupaciones

particularmente estresantes también han sido vinculadas al desarrollo de ciertos trastornos.

Entre estos están:

Enfermedad cardíaca coronaria: se estima que cerca de 500.000 personas murieron de enfermedad cardíaca coronaria (ECC) en 1990 en los Estados Unidos; de estas, más de un tercio eran menores de 65 años de edad. La ECC es un estrechamiento de las arterias que entran al corazón o que están adentro del mismo, lo cual resulta en la restricción o bloqueo parcial del flujo de sangre y oxígeno al corazón. Sus síntomas pueden incluir: dolor de pecho (angina de pecho), ataque cardíaco o, en casos graves, paro cardíaco.

Estrés e hipertensión: la presión sanguínea elevada (la fuerza de la sangre contra las paredes de arterias y venas) o hipertensión esencial es un trastorno común que puede conducir a ataques cardíacos o a problemas circulatorios graves. En el 90% de las personas con hipertensión no puede determinarse ninguna causa orgánica. Más del 10% de la población de los Estados Unidos sufre de esta condición. La hipertensión crónica puede conducir a arteriosclerosis y aumenta el riesgo de apoplejías y ataques cardíacos. Diversos estudios han sugerido que los estresantes pueden estar relacionados con la hipertensión.

Úlceras pépticas: son llagas abiertas dentro del sistema digestivo, causan 10,000 muertes cada año en los EU. Una de cada 10 personas es afectada por este trastorno en algún punto de su vida. El sitio más común para las úlceras es el intestino Delgado; las localizadas allí son llamadas *úlceras duodenales*. Un sitio algo menos común es el estómago, donde son llamadas *úlceras gástrica*. Algunas diferencias entre las úlceras gástricas y las duodenales son las siguientes:

Úlceras duodenales: más frecuentes en personas jóvenes; asociadas con secreción excesiva de ácido estomacal; ocurre en miembros de clases sociales altas; asociadas con trabajos intelectualmente demandantes; comer alivia los síntomas; ocurre principalmente en hombres.

Úlceras gástricas: son más frecuentes en personas ancianas; asociadas con cantidades normales de ácido estomacal; por lo general ocurre en miembros de clases

sociales bajas; asociadas con trabajos que implican una labor manual pesada; comer causa malestar; algo mas común en hombres que en mujeres.

Migraña, cefaleas de tensión y cefaleas en brotes

Los dolores de cabeza están entre las dolencias psico-fisiológicas más comunes. Aproximadamente 45 millones de estadounidenses sufren Dolores de cabeza crónicos o recurrentes que varían en intensidad, de sordos a insoportables. No esta claro si las diferentes formas de Dolores de cabeza son producidos por mecanismos psico-fisiológicos diferentes o si tan solo difieren en gravedad. Los individuos con Dolores de cabeza muestran la sensibilidad mayor al dolor de otras áreas del cuerpo distintas a la cabeza que aquellos estén libres de estos. Un factor, el estrés, parece contribuir al principio de aquellos.

Migraña: la constricción de las arterias craneales, seguidas por dilatación de los vasos sanguíneos cerebrales que da por resultado un dolor de moderado a grave, son las características distintivas de este trastorno. Cualquier cosa que afecte el tamaño de estos vasos sanguíneos, los cuales están conectados a nervios sensitivos, puede producir un dolor de cabeza.

Las migrañas son de dos tipos generales: clásica y común. El tipo *clásico* comienza con una constricción intense de los vasos sanguíneos en el cerebro disminuyendo en forma dramática el suministro de sangre. Con la migraña *común* , la primera fase es menos severa y los síntomas neurológicos pueden no ser evidentes. El dolor también es menos intenso que la migraña clásica.

Cefaleas de tensión: alguna vez se pensó que estas eran producidas por una contracción prolongada de los músculos del cuero cabelludo y del cuello, lo que daba por resultado una constricción vascular y un dolor constante. Muchas personas no mostraron tensión muscular detectable pero todavía reportaban dolor de cabeza.

Las cefaleas de tensión por lo general no son tan graves como las migrañas y por lo común pueden ser aliviadas con aspirina u otro analgésico.

Cefaleas en brotes: se ha realizado poca investigación sobre estos trastornos, los cuales ha menudo son descritos como intolerables. Estas tienden a ocurrir en un lado de la cabeza cerca del ojo, produciendo lágrimas y bloqueos de la nariz.

Asma: es un trastorno respiratorio que resulta de la constricción de las vías aéreas en los pulmones debido a cambios del tono muscular en las mismas, secreción excesiva de mucosa, edema o inflamación. Durante los ataques de asma la respiración se vuelve muy difícil y produce un sonido jadeante. La persona lucha por respirar y puede desarrollar angustia aguda, la lucha agrava la condición. Por alguna razón desconocida se ha incrementado la mortalidad por asma en años recientes. Esta parece tener una variación diurna, a menudo con un empeoramiento de los síntomas durante la noche y temprano por la mañana. (APA, 2002)

D. Trastornos somatoformes:

Los trastornos somatoformes implican quejas de síntomas físicos que imitan muy de cerca las condiciones médicas auténticas. Aunque no existe un fundamento fisiológico real para las quejas, los síntomas no son considerados voluntarios o bajo control consciente.

Los trastornos somatoformes incluyen los siguientes:

- Trastorno por Somatización, caracterizado por quejas físicas múltiples y un inicio temprano de la condición.
- Trastorno de Conversión, caracterizado por la pérdida o alteración del funcionamiento físico.
- Trastorno de Dolor Somatoforme o Psicalgia, en la que el dolor es la queja principal.
- Hipocondría, caracterizada por el temor a una enfermedad corporal y quejas acerca de esta.
- Trastorno Dismórfico, caracterizado por preocupación de un defecto imaginado en un individuo de apariencia normal. (APA, 2002)

E.- Trastornos disociativos:

Los trastornos disociativos –amnesia y fuga psicógenas-, trastorno de despersonalización y de personalidad múltiple. Cada uno de estos implica alguna

clase de disociación o separación de una parte de la conciencia, memoria o identidad de la persona.

En la actualidad se estima que alrededor del 5% de los pacientes en unidades psiquiátricas tienen este trastorno, más de 1.000 pacientes están siendo tratados por este trastorno.

Amnesia Psicógena:

La amnesia psicógena es la pérdida parcial o total de información personal importante. Este trastorno puede ocurrir en forma repentina después de un acontecimiento tensionante o traumático. La persona perturbada puede no ser capaz de recordar información tal como su nombre, dirección, amigos y parientes, pero recuerda las necesidades de la vida diaria –como leer, escribir y conducir-.

Hay cuatro tipos de amnesia disociativa que varía en términos del grado y tipo de pérdida de memoria reportada:

- Amnesia Localizada: implica el fracaso en recordar todos los eventos que sucedieron durante un periodo corto en particular.
- Amnesia Selectiva: implica la incapacidad de recordar ciertos detalles de un incidente.
- Amnesia Generalizada: la persona no puede recordar nada acerca de su vida pasada.
- Amnesia Continua: la forma menos común de amnesia psicógena, es la incapacidad para recordar cualesquiera eventos que hayan ocurrido desde un momento específico en el pasado hasta el presente.

Fuga Psicógena:

La fuga psicógena (también llamada estado de fuga) implica confusión acerca de la identidad personal (a menudo implica la asunción parcial o completa de una nueva identidad) y un recorrido inesperado lejos de su casa. La mayoría de los casos implican solo periodos cortos lejos de casa y un cambio incompleto de identidad.

Trastorno de Despersonalización:

El trastorno de despersonalización es quizás el trastorno disociativo mas común. Se caracteriza por sentimientos de irrealidad respecto a si mismo y al ambiente. En un momento o en otro, la mayoría de los adultos jóvenes han experimentado algunos síntomas típicos del trastorno de despersonalización: percepciones de que el cuerpo esta deforme o de que el ambiente a cambiado de alguna manera, sensaciones de vivir un sueño o perdidas menores de control.

Como otros trastornos disociativos, la despersonalización puede ser precipitada por tensión física o psicológica.

Trastorno de Identidad Disociativa:

También llamado el *Trastorno de Personalidad Múltiple*, este es un trastorno dramático en el que parecen existir dos o más personalidades relativamente independientes en una persona. La relación entre las personalidades a menudo es compleja. Solo una de estas es evidente a la vez y la alternación de las mismas por lo general produce periodos de amnesia en aquella que ha sido desplazada. (APA, 2002)

F.- Trastornos de personalidad y del control de los impulsos

Los trastornos de la personalidad son formas duraderas, inflexibles y desadaptadas de pensar y comportarse, tan exageradas y rígidas que pueden provocar grave estrés interno o conflictos con otras personas. Un grupo de trastornos de la personalidad se caracteriza por la conducta extraña o excéntrica.

Las personas con estos trastornos muestran de manera consistente rasgos de personalidad que causan dificultades personales y sociales, angustian o problemas de funcionamiento.

A pesar de todo esto, las personas con trastornos de personalidad a menudo funcionan lo bastante bien como para arreglárselas sin la ayuda de los demás. Por esta razón, y debido a que estas personas rara vez buscan ayuda de los profesionales de la salud mental, la incidencia de trastornos de la personalidad ha sido difícil de averiguar.

El diagnóstico de los trastornos de personalidad es difícil por tres razones principales. Primera, muchas personas muestran rasgos que caracterizan a estos trastornos. Segunda, debido a que los síntomas de un trastorno de personalidad también pueden ser los de otros trastornos, el diagnóstico diferencial a menudo es un problema. Tercera, los clínicos que emiten un dictamen pueden no adherirse a los criterios de diagnósticos. En un estudio se les pidió que indicaran los síntomas exhibidos por sus clientes diagnosticados con trastorno de personalidad.

El DSM-IV enlista diez trastornos de personalidad específicos y los reúne en tres grupos, dependiendo de si pueden ser caracterizados por:

- Conductas raras o excéntricas
- Conductas dramáticas, emocionales o erráticas.
- Conductas ansiosas o temerosas.

Trastornos Caracterizados por Conductas Raras o Excéntricas:

Tres trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica:

Trastorno Paranoide de la personalidad: las personas con trastornos paranoides de la personalidad muestran desconfianza y suspicacia aguda de los demás e interpretan sus motivos como malévolos. Muchos cuestionan la lealtad o confiabilidad de los demás, guardan rencores de manera persistente o sospechan de la fidelidad de su cónyuge.

Trastorno esquizoide de la personalidad: el trastorno esquizoide de la personalidad está marcado principalmente por el aislamiento social. Las personas con este trastorno tienen una historia larga de deterioro del funcionamiento social. A menudo son descritos como solitarios y retraídos.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: las personas que tienen Trastorno esquizotípico de la personalidad muestran deficiencias sociales e interpersonales marcadas en las relaciones íntimas. Exhiben singularidades en varios aspectos de su pensamiento y conducta. Muchas víctimas creen poseer capacidad de pensamiento mágico o poderes especiales y algunas están sujetas a ilusiones recurrentes.

Trastorno Caracterizado por Conductas Dramáticas, Emocionales o Erráticas:

El grupo de trastornos caracterizados por conductas dramáticas, emocionales o erráticas incluye cuatro trastornos de personalidad: histriónica, narcisista, antisocial, límite.

Trastorno Histriónico de la personalidad: la persona que tiene Trastorno Histriónico de la personalidad se empeña en una autodramatización, en la expresión exagerada de las emociones y en conductas que buscan llamar la atención.

Trastorno Narcisista de la personalidad: las características clínicas de estas implican un sentido exagerado de importancia de si mismo y una necesidad excesiva de ser admirado.

Trastorno Antisocial de la personalidad: los patrones conductuales antisociales crónicos tales como la irresponsabilidad, la mentira, usar a otras personas y la conducta sexual agresiva indican un trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad: contrario a la creencia popular, el trastorno límite es una condición que fluctúa entre las perturbaciones neuróticas y psicóticas.

Trastorno de la Personalidad por Dependencia:

Las personas que no están dispuestas a asumir responsabilidad debido a una incapacidad para funcionar y tomar decisiones de manera independiente, muestran un trastorno de la personalidad por dependencia. Estas personas carecen de seguridad en si mismas y subordinan sus necesidades a las de las personas de las que dependen. No obstante, su dependencia e incapacidad para tomar decisiones puede pasar desapercibida o ser malinterpretada por observadores casuales.

Las personalidades dependientes tienen dos suposiciones profundamente inculcadas sobre si mismos que afectan sus pensamientos, percepciones y conductas:

A-) Se ven a si mismos de manera inherente como inadecuados e incapaces de afrontar.

B-) Concluyen que su censo de acción es encontrar alguien que pueda cuidar de ellos. Los amigos pueden percibir a las personalidades dependientes como comprensivos y tolerantes, sin darse cuenta de que están temerosos de tomar la iniciativa debido a que tienen miedo de romper sus relaciones. La depresión, el desamparo y la cólera reprimida a menudo son parte de este trastorno.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad:

La persona con este trastorno muestra una capacidad limitada para expresar afectos o sentimientos cariñosos, asociados con un perfeccionismo excesivo, obstinación, indecisión y devoción por los detalles.

Muchos de estos rasgos son encontrados en personas normales. Sin embargo, a diferencia de ellas las personalidades obsesivos-compulsivas muestran un deterioro marcado en el funcionamiento ocupacional o social. Además el grado de rigidez del carácter es mayor entre las personas que tienen este trastorno.

Los colaboradores pueden encontrar al individuo compulsivo demasiado demandante, inflexible, mezquino y perfeccionista.

Los compulsivos pueden ser en realidad ineficaces en el trabajo a pesar de su dedicación de largas horas su preocupación por los detalles, reglas y posibles errores los conducen a la indecisión y a una incapacidad para ver "el panorama completo". (APA, 2002)

Algunas categorías de psicopatología

Problema	Síntoma primario	Signos comunes de problema
Trastornos psicóticos	Pérdida de contacto con la realidad.	Se ven o se oyen cosas que los demás no ven ni oyen; la mente lo engaña constantemente.
Trastornos del estado de ánimo	Manía o depresión.	Se siente triste y desesperado; habla demasiado fuerte o rápido y le abruman ideas y sentimientos que a la gente le parecen irracionales.
Trastornos de ansiedad	Gran ansiedad o distorsiones de la conducta causadas por la ansiedad	Tiene ataques de ansiedad y piensa que va a morir; teme hacer cosas que la gente hace espontáneamente; pasa demasiado tiempo haciendo cosas como lavarse las manos o contando los latidos del corazón.
Trastornos somatoformes	Síntomas corporales sin un origen orgánico (físico)	Se siente enfermo físicamente, pero el médico dice que no tiene nada; sufre un dolor que no tiene causa física; le preocupa la posibilidad de estar enfermo.
Trastornos disociativos	Amnesia, situaciones de irrealidad, identidades	En su recuerdo, hay tres grandes lagunas de los eventos; siente como si fuera un robot o un extraño en su cuerpo; le dicen que ha hecho cosas que no recuerda.

	múltiples	
Trastornos de personalidad	Patrones enfermizos de la personalidad	Muchas veces, los patrones conductuales le causan problemas en la escuela, en el trabajo y en la relaciones con la gente.
Trastornos de identidad sexual y de género	Alteraciones de la identidad de género, problemas de conducta sexual desviada y de ajuste sexual	Se siente atrapado en el cuerpo de una mujer (o viceversa); obtiene satisfacción sexual solo a través de una conducta atípica; tiene problemas de deseo sexual, de excitación o en la actividad erótica.
Trastornos relacionados con sustancias prohibidas	Problemas relacionados con el abuso o problemas de las drogas	Ha estado bebiendo en exceso, tomando drogas ilegales o ingiriendo medicamentos con mayor frecuencia de la necesaria.

(Coon, 2005)

Principales categorías del DSM-IV. (Coon, 2005)

a) Trastornos diagnosticados generalmente en la infancia, la niñez o la adolescencia:

- Retraso mental

Ejemplo: retraso mental moderado

- Trastornos del aprendizaje

Ejemplo: Problema de lectura

- Trastorno de destrezas motoras

Ejemplo: Trastorno evolutivo de coordinación

- Trastornos de la comunicación

Ejemplo: tartamudeo

- Trastornos generales del desarrollo

Ejemplo: autismo

- Trastornos de déficit de atención y de conducta desorganizada

Ejemplo: Déficit de atención / trastorno de hiperactividad

- Trastornos de alimentación de la infancia o de la niñez temprana

Ejemplo: Pica (Ingestión de sustancias no comestibles)

- Tics

Ejemplo: Trastorno de Tourette

- Trastornos de eliminación

Ejemplo: Enuresis (moja la cama)

- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

Ejemplo: Trastornos de ansiedad ante la separación.

b) Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognoscitivos

- Delirio

Ejemplo: delirio debido a una enfermedad general

- Demencia

Ejemplo: Demencia de tipo Alzheimer

- Trastornos amnésicos (pérdida de la memoria)

Ejemplo: Trastornos amnésicos debido a una enfermedad general

c) Trastornos mentales debido a una enfermedad general, no clasificados en otras áreas.

- Trastorno catatónico debido a una enfermedad general
- Cambio de personalidad debido a una enfermedad general
- Trastorno mental no especificado debido a una enfermedad general
- Trastornos relacionados con sustancias

Ejemplo: Trastornos causados por la cocaína

d) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- Esquizofrenia

Ejemplo: Esquizofrenia, tipo paranoide

- Trastorno esquizofrenoide
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastornos delirantes

Ejemplo: Delirios de grandeza

- Breve trastorno psicótico
- Trastorno psicótico compartido (locura x dos)
- Trastorno psicótico debido a una enfermedad general
- Trastornos psicóticos causados por sustancias

- Trastornos psicóticos no especificado

e) Trastornos del estado de ánimo

- Trastornos depresivos

Ejemplo: Trastorno depresivo grave

- Trastornos bipolares

Ejemplo: Trastorno bipolar I

- Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad general
- Trastorno del estado de ánimo causado por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastornos de ansiedad

Ejemplo: Trastorno de pánico

Trastornos somatoformes

Ejemplo: Trastorno de conversión

Trastornos ficticios (discapacidad o enfermedad simulada)

Ejemplo: trastorno ficticio

Trastornos disociativos

Ejemplo: trastornos disociativos de la realidad

f) Trastornos de identidad sexual y de género

- Disfunciones sexuales

Ejemplo: Trastorno de la excitación sexual

- Parafilias

Ejemplo: Voyerismo

- Trastorno sexual no especificado
- Trastornos relacionados con la identidad sexual

Ejemplo: Trastorno de identidad del género

Trastornos de Alimentación

Ejemplo: Anorexia nerviosa

g) Trastornos del sueño

Trastornos primarios del sueño

- Disomnias

Ejemplo: Insomnio primario

- Parasomnios

Ejemplo: Trastorno del terror en el sueño

- Trastornos del sueño relacionado con otro trastorno mental

Ejemplo: Trastorno causado por el estrés postraumático

Otros trastornos del sueño

Ejemplo: trastornos del sueño provocado por el consumo de drogas

Trastornos del control de impulsos no clasificados en otras áreas

Ejemplo: Cleptomanía

Trastorno de la personalidad

Ejemplo: Trastorno de la personalidad antisocial

Conclusiones

Hemos estudiado lo que son las anormalidades psicológicas. Estas no son más que: trastornos mentales o psicológicos constituidos por síntomas que enajenan la propia personalidad. Este causa el desconsuelo del paciente, pero le permite pensar de forma racional, así como su buen desempeño social. Los trastornos más comúnmente observado en los diferentes tipos de personas son: la depresión, el estrés y la angustia.

La depresión es un estado patológico en el cual existe una disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta a componente afectivo de la personalidad.

Actualmente se habla de la "era de la depresión", pues se calcula que existen mas de 400 millones de depresivos en todo el mundo, o sea, que es el estado mas común en las personas hoy en día. (Coon, 2005)

El estrés es otro de los estados patológicos que más concurrencia tiene en el ser humano. Esta se define como una situación en la cual el individuo, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo de enfermar. Se ha afirmado que el 43% de los adultos sufren de estrés. (Coon, 2005)

La ansiedad es una emoción humana que siempre hemos experimentado a lo largo de nuestra vida. Sinceramente algo andaría mal, si un individuo no sintiera algo de ansiedad al enfrentarse a situaciones estresantes. Mas del 78.13% de las personas sufren de los trastornos de ansiedad (fobias, pánico, etc.), (Coon, 2005)

Los dos primeros son los estados más tratados en el mundo, ya que de unos 100 casos reportados más del 80% sufren de estos, donde las mujeres tienen el más alto índice.

Sirvan de conclusión estas cifras, que aunque no son alentadoras nos lleva a reflexionar sobre la propia salud mental y la de las personas que nos rodean, en estos tiempos de globalización donde pareciera normal que el hombre en su incansable búsqueda de dominio, a veces pareciera no encontrar el dominio de su propia salud mental.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA)** (2002) Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Editorial Masson. Barcelona.
- David, Derald y Stanley Sue** (1996) Comportamiento Anormal, Cuarta Edición., Editorial McGraw Hill. México.
- Coon, D.** (2005) Psicología. Editorial Thomsom. México.
- Diccionario de Psicología y Pedagogía.** Edición 2000. Editorial Cultural S.A. Madrid, España.
- Feldman, R** (1998). Psicología con aplicaciones a países de habla hispana. México D.F.
- Lubrano, A** (2005). Glosario de psiquiatría. New York. Lubrano INC.
- Pedagogía y Psicología** (2002). Biblioteca práctica para padres y educadores. Cultural S.A. Madrid, España.
- Charles Morris.** (1997). Psicología. Novena Edición. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Tirso Mejia-Ricart.** (1999). Psicología Social y sus Aplicaciones. Tomo II, Editorial Universitaria-UASD.
- Reisman, D** (1976). Psicología Clínica. Madrid - España
- Vaillant, G** (1970). La historia natural de los narcóticos y la drogadicción. México.

INDICE

Introducción	4
Objetivos de la Investigación	7
Capítulo I	8
Conceptos básicos de la psicología anormal	8
Anormal:	8
Normalidad:	8
Enfermedad mental:	8
Malestar subjetivo:	8
Conducta inadaptada:	8
Salud Mental:	9
Enfermedad:	9
Psicopatología:	9
Normalidad Estadística:	9
Psiquiatría:	10
Psiquiatría descriptiva:	10
La psicología médica:	10
Psicología Clínica:	10
Síntomas psicológicos del paciente anormal	10
Factores generales de riesgo	11
Niveles de funcionamiento en Normalidad	12
Capítulo II	13
Psicología Clínica	13
Definición	13
Historia	13
Función del psicólogo clínico	15
Actividades que puede realizar un psicólogo clínico	16
Teorías Contrapuestas Acerca de la Naturaleza, Causas y Tratamientos de la Conducta Anormal	17
El Modelo Biológico	17
El Modelo Psicoanalítico	17
El Modelo Cognoscitivo-Conductual	17
El Modelo Diátesis-Estrés y la Teoría de Sistemas	18
Métodos de intervención psicológica clínica	18
Funciones de intervención en psicología clínica	19
Capítulo III	21
Clasificación de la Conducta Anormal y del Trastorno Neurótico.	21
Clasificación del Trastorno Neurótico	22
A.- Trastornos afectivos o del estado de ánimo:	22
Clasificación de los Estados Afectivos	23
Trastornos Depresivos:	23
Trastornos Bipolares:	24
Otros Trastornos Afectivos:	25
B.- Trastorno de pánico y por Ansiedad generalizada:	25

Manifestaciones de Ansiedad:	26
Clasificación de los trastornos de la ansiedad:	26
C- Trastornos Psicósomáticos:	30
Sistema inmunológico	32
Complicación psicológica en trastornos físicos específicos.....	32
D. Trastornos somatoformes:	35
E.- Trastornos disociativos:	35
Trastorno de Despersonalización:	36
Trastorno de Identidad Disociativa:	37
F.- Trastornos de personalidad y del control de los impulsos.....	37
Algunas categorías de psicopatología	40
Principales categorías del DSM-IV	41
Conclusiones	45
Bibliografía	46