

PSICOPATOLOGÍA

Conceptos Generales

NEUROSIS - PSICOSIS - PERVERSIÓN

Recopilación: Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

NEUROSIS

El término neurosis es clave e indispensable para pensar la nosografía en relación a la salud mental. Cabe esta aclaración porque tanto el manual de los trastornos mentales DSM-IV como el manual CIE-10 no utilizan el concepto de Neurosis por no considerarlo un principio organizativo, la razón fundamental de esto que el término ha sido utilizado por diferentes entornos teóricos por lo que consideran que se produjo una cierta vaguedad y generalización en su utilización. Por lo tanto, los manuales antes citados (por razones de estructuración) consideraron oportuno simplificar la clasificación. Pero en la práctica resulta imposible no utilizar el concepto de neurosis, el cual resulta clave e imprescindible para muchos otros enfoques.

Es cierto que es un término vapuleado, sobre todo porque la psiquiatría tradicional llegó a designar una importante variedad de síntomas y problemas, entre las cuales consideró a la neurosis como un grado moderado de perturbación dentro de un esquema lineal. Pero para otras lecturas, por ejemplo, el psicoanálisis, resulta imposible no considerarlo una entidad validada. Por lo tanto, la utilización de la denominación conserva absoluta vigencia.

El psicoanálisis parte de una base organizativa mayor por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura.

Lo que plantea el psicoanálisis es que a partir de la trama edípica cobra importancia el mecanismo represivo. De este modo la función paterna, la perspectiva individual de cada sujeto marcan un modo de posicionarse frente a los avatares de la vida, se produce entonces un efecto de repetición, anclado en determinados significantes. Se trata de un abordaje de lo real con los elementos que se cuenta (siempre fallidos).

La neurosis impone la renuncia a cierto goce prohibido en función de un goce fálico (lícito). La neurosis encarna estructuralmente la dinámica de una pregunta,

pregunta sin una respuesta definitiva que no posee respuesta psíquica en relación al significante. Al modo de la histeria relacionada con la identidad sexual (¿soy hombre o mujer? o ¿qué es ser una mujer?); al modo del obsesivo relacionada con la contingencia de la propia existencia (¿quién soy?, ¿qué soy?, ¿estoy vivo o muerto?, ¿por qué existo? o ¿soy o no soy?)

Neurosis Obsesiva

La denominación de neurosis obsesiva, es clave cuando es correctamente utilizada, aunque el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), no la considera como una entidad aparte, sino que la enumera dentro de los “trastornos de ansiedad”, y allí se encuentra enmarcado el llamado “Trastorno obsesivo – compulsivo”. En el cual se presentan obsesiones y compulsiones que son reconocidas por las personas como excesivas e irracionales provocando un malestar clínicamente significativo e interfiriendo con la rutina del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social. El manual indica determinar si hay poca conciencia del trastorno (la mayor parte del tiempo no reconoce lo excesivo e irracional). El manual indica que las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Estas situaciones no se reducen a simples preocupaciones excesivas, sino que la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos e imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, porque reconoce que son producto de su mente. Las compulsiones en cambio se definen por comportamientos (por ejemplo, el lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, o repetir palabras) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar para reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento no relacionado directamente.

Para el psicoanálisis la disquisición nosográfica se centra en tres grandes estructuraciones, neurosis, psicosis y perversión. Dentro de la neurosis se concentra la división de histeria, neurosis obsesiva, y para algunas posturas se incluiría también la fobia (para otras no). El psicoanálisis no se basa en la descripción de una serie de síntomas sino una estructura clínica relacionada con la encarnación de la pregunta estructural por la propia existencia.

La manera de posicionarse en la neurosis depende del posicionamiento subjetivo devenido a partir de la inscripción simbólica del significante fálico. En este sentido un sujeto podría no presentar las descripciones fenomenológicas descriptas en los manuales y sin embargo mostrarse al modo obsesivo desde el punto de vista estructural. Al trabajarse la obsesión en el campo de las neurosis, aparece como un modo de posicionamiento. Freud definió a la neurosis obsesiva como un dialecto de la histeria.

Histeria

La denominación de histeria es clave para pensar la psicopatología. Pero cabe aclarar que tanto el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), como el manual CIE 10 borran la denominación histeria debido a las diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de consensuar una definición común. Pero se refieren a ella bajo otras denominaciones. Este hecho por sí solo podría dar lugar a infinidad de disquisiciones y discusiones.

El término histeria proviene de *hysteron*, del griego útero, está basado en la antigua medicina griega y desde allí tradicionalmente se la consideraba a la histeria como enfermedad del útero, por lo tanto, de las mujeres. En la actualidad ha quedado descartada esta postura, considerándose que no existe relación alguna con el útero ni es una entidad exclusiva de las mujeres.

Para el psicoanálisis el término histeria no puede pasar desapercibido ya que se constituye en un pilar teórico. La histeria como neurosis estructural, puede decirse que es la estructuración típica de la neurosis, se convierte en el paradigma de esta. Remitiendo estructuralmente a la posición sexuada de un sujeto, remitiendo a la posición decente. Históricamente se la articuló como "Histeria de conversión", por su estrecha relación con lo corporal.

A continuación, se definirán las categorías diagnósticas de los trastornos somatomorfos y disociativos del DSM-IV que involucrarían principalmente a la histeria (fundamentalmente a lo que la psiquiatría clásica denominó histeria de conversión).

Vinculación de la histeria con el deseo, más precisamente con el deseo del Otro. Trastornos somatomorfo, en él se pueden ubicar diferentes subcategorizaciones de las cuales el Trastorno de conversión, el Trastorno de somatización y el Trastorno somatomorfo indiferenciado presentan en el manual las siguientes características básicas:

Antecedentes de síntomas físicos y persistes durante varios años con la consiguiente búsqueda de atención médica, los cuales provocan un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas de la actividad del individuo. Suelen presentarse en diferentes zonas del cuerpo, como también aparecer síntomas gastrointestinales distintos al dolor, síntomas sexuales o pseudoneurológicos. Todos esos síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. Además, aclara el manual que, si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. También aclara que los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados como ocurriría en el trastorno ficticio y en la simulación.

Trastornos disociativos dentro de los cuales puede situarse:

La "Amnesia disociativa" (Uno o más episodios de incapacidad para recordar información importante (generalmente de naturaleza traumática o estresante)).

La "Fuga disociativa" (viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o el trabajo con incapacidad para recordar el pasado del individuo produciéndose una confusión en relación a la identidad).

El "Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)" (dos o más identidades o estados de personalidad).

El "Trastorno de despersonalización" y el "Trastorno disociativo no especificado" (cuando la disociación es demasiado amplia para ser explicada a partir de un olvido ordinario y produce un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no es debida a sustancias o a una enfermedad médica neurológica).

La Neurastenia no es tomada por el DSM-IV, pero sí en el manual de diagnósticos de enfermedades mentales CIE 10, como una categorización menor (dentro de "Otros trastornos neuróticos"). Sin embargo, constituye una entidad que debe relacionarse también con lo que otras lecturas teóricas llaman histeria (caracterizada por la queja, el desgano y el aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental o físico frente a tareas cotidianas o que requieren esfuerzos mínimos). Su utilización suele asociarse a diferentes entidades psicopatológicas. Pero se la sigue mencionando porque remite a la abulia y el decaimiento muy extendido en sujetos neuróticos.

Lectura comportamental: El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas, parálisis y anestias.

Los trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos porque hay presencia de características clínicas, pero ausencia (después de las exploraciones clínicas complementarias) de un trastorno somático que pudiera explicar por lo que se formula una génesis psicógena (aunque sean negados por el enfermo).

Se puede mencionar la Amnesia disociativa (cuya característica principal es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. Esta amnesia varía permanentemente, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado. La Fuga disociativa (es igual que una amnesia disociativa, pero se produce también un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad. Pero no se sostiene por períodos prolongados. El Estupor disociativo es la disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y respuesta normal a los estímulos

externos. Permanece inmóvil, sin hablar, durante largos períodos de tiempo, pero con evidencia de una génesis psicógena tales como acontecimientos biográficos estresantes recientes, cuando no se trata de estupor catatónico y estupor maniaco o depresivo.

Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (una pérdida o alteración de la función motriz según la idea que el paciente posee de su enfermedad sin que se encuentre una causal somática, por ejemplo, áreas limitadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales y no con los principios de la psicopatología). Se destacan las Anestesias, y el Trastorno de personalidad múltiple (dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas).

Psicosis

El concepto de psicosis resulta polémico desde sus inicios. En un comienzo las psicosis eran entendidas como un proceso relacionado con una posesión divina. Recién en el siglo XVIII es considerada cosa de enfermos, lunáticos (con temor al contagio y la condena al aislamiento). Es en este punto donde el psicótico pasó a ser objeto de estudio. Así la psiquiatría intentó transformar racionalmente los síntomas en signos objetivos, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica y la psicofarmacología.

Ya entrado el siglo XX es cuando se intenta dar una perspectiva diferente, como es el caso del psicoanálisis, que lejos de reducir los signos a síntomas con que la clínica psiquiátrica intentaba capturar su objeto de conocimiento, privilegia la escucha sobre la mirada.

En general se habla de las psicosis (en plural) porque se incluye un abanico de problemáticas (esquizofrenia, paranoia, melancolía, catatonía, delirios, etc.)

EL MANUAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

El manual pone reparos para considerar a la psicosis como una entidad independiente. Por una parte, se mencionan características consideradas tradicionalmente psicóticas dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Así se enumera en el grupo "A" el "trastorno paranoide de la personalidad" manifestado por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo, por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad. Presenta rencores y percibe ataques hacia sí mismo que no son aparentes para los demás.

El "trastorno esquizoide de la personalidad" es cuando se escoge actividades solitarias, y alejadas de las relaciones personales o familiares, sin amistades y con un escaso interés de tener experiencias sexuales con otra persona.

El “trastorno esquizotípico de la personalidad” es cuando hay ideas de referencia, creencias raras, pensamiento mágico, pensamiento o lenguaje raro, experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales, suspicacia o ideación paranoide.

La Esquizofrenia

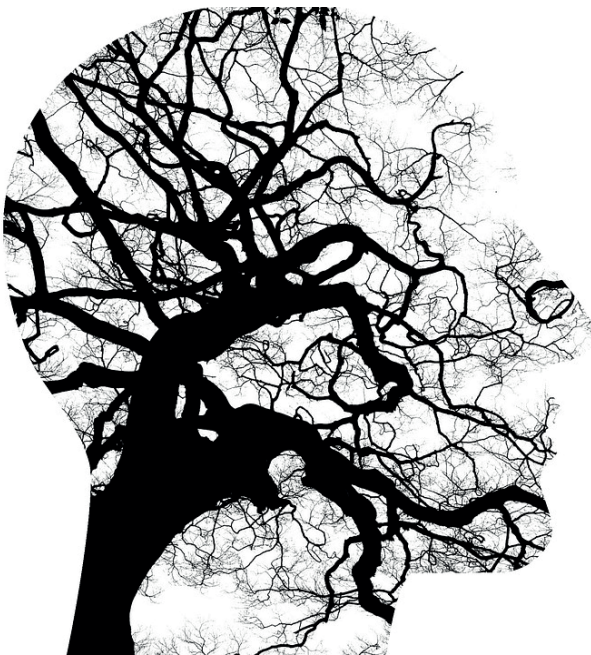
Según el manual, la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

Psicosis: Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. Lo que rompe con la idea tradicional y aceptada por muchas personas del campo “Psi” (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, etc.) de considerar a la esquizofrenia como una psicosis.

No se considera esquizofrenia: si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada. Cabe destacar que el manual excluye de la clasificación de esquizofrenia a los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

La esquizofrenia se subdivide según la sintomatología predominante en el momento de la evaluación en:

- Tipo paranoide (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, y si no hay lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada).
- Tipo desorganizado (con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada).



- Tipo catatónico (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia)

- Trastorno indiferenciado (cuando no se cumplen ninguno de las tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico)

- Tipo residual (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y

comportamiento catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el curso longitudinal (con síntomas residuales

interepisódicos, o episodios sin síntomas residuales, o continuos, o en remisión parcial o total)

Trastorno psicótico breve

El DSM-IV denomina así al cuadro cuando se dan uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado durante episodios inferiores a un mes. Desde esta perspectiva se distingue cuanto tiene o no desencadenamiento grave.

Trastorno psicótico compartido:

El DSM-IV se refiere a este trastorno cuando se da entre dos personas con una estrecha relación.

Trastornos bipolares

Según el DSM-IV se enmarcan dentro de los “Trastornos del estado de ánimo”. Se trata de episodios o síntomas hipomaníacos o depresivos alternados, o mixtos, que provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (aquí hay que leer porque el manual dice que no se trata de psicosis ni de esquizofrenia). Se debe especificar si se evidencian síntomas catatónicos, de inicio de posparto; la gravedad del hecho (leve, moderado, grave, en remisión parcial o total); la longitud de los episodios (con patrón estacional, o de ciclos rápidos).

Dentro de este trastorno bipolar, se especifica el “trastorno bipolar I” utilizado para designar únicamente al primer episodio de manía, o el episodio bipolar más reciente tanto de hipomanía como depresivo. Para las demás ocasiones se habla de “Trastorno bipolar II” considerado cuando hay presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores, o hipomaníacos.

Cabe considerar al “Trastorno ciclotímico” (numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor).

Trastorno delirante

Ideas delirantes o extrañas durante al menos un mes (si es que no intervino un tratamiento) pero no se cumple el criterio de esquizofrenia. Excepto por las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño. Se especifica el tipo erotomaníaco (idea delirante de que otra persona está enamorada del sujeto); grandiosidad (ideas de exagerado valor, poder, conocimientos o relación especial con la divinidad o personas famosas); celotípico (ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel), persecutorio (ideas delirantes de que la persona o alguien cercano está siendo perjudicada de alguna forma); somático (ideas delirantes de que la persona tiene un defecto físico o enfermedad médica); mixto (uno o más de los tipos anteriores) y no especificado.

Paranoia

El manual de los trastornos mentales DSM-IV no considera a la paranoia como una categorización aparte, solo menciona algunos de sus manifestaciones dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de



subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Así se enumera en el grupo "A" el "trastorno paranoide de la personalidad" manifestado por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo, por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad. Presenta rencores y percibe ataques hacia sí mismo que no son aparentes para los demás.

La psiquiatría clásica desconfía de la categoría nosográfica de paranoia, ya que plantea una serie de discusiones, tanto que para algunos autores el considerar la paranoia como una entidad propia es considerado como un anacronismo porque en la paranoia no se evidencia en un estado puro y aislado, y lo que se daría sería una agrupación de síntomas como si fuera una enfermedad. A tal punto que sus manifestaciones clínicas son observadas en otras afecciones (carácter persecutorio, vivencias de autorreferencia, percepción delirante, desconfianza, grandiosidad, etc.) obligando a la utilización del calificativo de "paranoides" a estas características (como lo hace el manual DSM-IV). El sufijo "oide" significa semejante, por eso se designa como paranoide a la persona que presenta rasgos atenuados que hacen recordar a la psicosis delirante paranoica. En general se trataría de razonamientos aparentemente correctos que refuerzan su convicción, pero con premisas falsas.

Según el psicoanálisis la paranoia es una forma de psicosis. Según J. Lacan en la

psicosis por el mecanismo forclusivo (Verwerfung en alemán) se la expulsa del aparato psíquico el significante fálico (a diferencia de la neurosis donde se reprime la significación). Freud incluye en la paranoia el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandezas y el delirio celotípico.

Las categorías nosográficas psicoanalíticas

El psicoanálisis divide la psicosis en paranoia, esquizofrenia y melancolía. Como no considera una estructuración subjetiva como un conjunto de síntomas típicos, sino como un posicionamiento estructural, estas subcategorías, resultan amplias.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se habla de tres categorías nosográficas principales: psicosis, neurosis y perversión. En este sentido cabe diferenciar al psicoanálisis francés de otras posturas, por ejemplo, de aquellas que sostienen una linealidad continuada de patologías de las cuales es posible entrar o salir de cada una de ellas.

En el caso psicoanalítico se plantea una seriación de las estructuras, por lo que la constitución subjetiva de un sujeto, en este sentido, no es modificable. Esto da lugar a muchas confusiones entre las personas no familiarizadas con el psicoanálisis, porque el psicoanálisis no sostiene entonces la salida de estas estructuraciones básicas sino diferentes maneras de situarse en estas relaciones subjetivas. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo. Para entender esto es preciso distinguir que la psicología tradicional realiza sus diagnósticos a partir de sucesos fenomenológicos observables, como por ejemplo mediante una descripción de comportamientos al modo de los manuales diagnósticos. El psicoanálisis parte de una base organizativa mayor por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura. Por otra el psicoanálisis cuestiona la distinción normalidad - enfermedad tradicional por considerarla dependiente de la connotación médica, debido a que, bajo una lectura psicoanalítica, todas las personas presentarían un posicionamiento en alguna de las tres grandes categorías.

Se parte así de un origen lógico en relación a la dinámica edípica, y una fuerte concepción teórica. Las estructuras básicas dependen de una relación simbólica en la dialéctica también simbólica del paso edípico del ser al tener. Cobra importancia el significante en relación a la falta y la completud del Otro (significante fálico). Planteado así, se parte de momentos lógicos cruciales y determinantes en la constitución del sujeto, y de diferentes maneras según las cuales un sujeto se relaciona o no con lo simbólico y estas apreciaciones. Así cobra importancia la posible intervención del significante llamado paterno (no del padre real) y su intervención en la dialéctica.

En este sentido los tres grandes caminos estructurales:

En la neurosis se reprime la significación primordial, reservándose entonces el término utilizado por Freud característico de la estructuración neurótica Verdrängung (Represión). Esta estructura está basada en inscripción de la función significante

como punto de origen. La neurosis se describe en relación a la función simbólica relacionada con la instancia de demarcación de una legalidad en relación a la triangulación edípica (significante nombre del padre).

Para la psicosis el término utilizado es Verwerfung (Forclusión), a diferencia de la neurosis donde se reprime la significación, en este caso se la expulsa del aparato psíquico. En la psicosis no se registra una trama edípica al modo que se pensaría en la neurosis.

Para la perversión el término utilizado por Freud es Verleugnung (renegación), aquí la significación del significante primordial se mantiene, pero no se deja de renegar contra ella. Así el perverso queda capturado en la dialéctica del ser y el tener, donde la terceridad será reconocida pero solo para no dejar de impugnarla (desafío y trasgresión).

PERVERSIONES

Debido a la variada utilización popular y profesional, el término perversión presenta interminables dificultades. En particular porque se relacionó (erróneamente) con supuestas “desviaciones” sexuales. Concepción desechada en la actualidad. En este sentido la psiquiatría y psicología adoptaron para las situaciones relacionadas



con lo sexual “disfunciones” o directamente “parafilias”. En este sentido los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE 10)) desechan la denominación de perversión.

El caso del psicoanálisis se convierte en una lectura particular, porque desde la perspectiva del psicoanálisis, la perversión se aleja de las

parafilias y toma valor como una de las tres grandes estructuras nosográficas: psicosis, neurosis y perversión.

Para la perversión el término utilizado por Freud es Verleugnung (renegación), aquí la significación del significante primordial se mantiene, pero no se deja de renegar contra ella. Así el perverso queda capturado en la dialéctica del ser y el tener, donde la terceridad será reconocida pero solo para no dejar de impugnarla (desafío y trasgresión). En términos psicoanalíticos: Se cree en la castración y a la vez se reniega de ella, es decir se sabe conscientemente de la falta estructural que remite simbólicamente a la falta de pene en la mujer, aunque en rigor nada le falte. Lo que

ocurre es una manera particular de significar el hecho evitando la angustia. Así la significación de la ley se mantiene, porque la madre (funcional) del perverso no es una madre fuera de la ley, sino que es una madre fálica, porque el perverso mantiene en el horizonte una madre referida a la significación paterna, de otro modo se hablaría de psicosis. En la perversión el discurso materno se hace el representante o intermediario de esta terceridad (significante paterno), que no interviene de manera significativa más que fallidamente.

PERVERSIONES

CLASIFICACION DE LAS PARAFILIAS

Causas

Si bien no existen causas demostradas que den cuenta del origen de las parafilias, se puede decir que la mejor prevención de las mismas es una educación sexual adecuada y saludable a lo largo del desarrollo del niño. Se entiende que las mismas derivan de una atmósfera familiar y social inadecuada en que se desarrolla el niño, como ser el mal manejo por parte de los padres de la curiosidad infantil, sus juegos sexuales, la represión y prohibiciones estrictas. En las parafilias no interviene la herencia, ni tampoco es una conducta aprendida por imitación. Al respecto se puede concluir que las represiones irracionales tienen una gran influencia.

Criterios del DSM V

Según el manual de trastornos mentales DSM "el término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. (...) Un trastorno parafilico es una parafilia que causa malestar o deterioro en el individuo o una parafilia cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros. La parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafilico, y la parafilia por sí misma no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica." Para hablar de trastorno parafilico debe cumplir los Criterio A y B de cada uno de los trastornos parafilicos. El Criterio A especifica la naturaleza cualitativa (por ejemplo, la atracción erótica en mostrar los genitales a desconocidos) y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (malestar, deterioro o daño a terceros).

En cuanto a la clasificación, el DSM V incluye 2 grupos. El primer grupo de trastornos está basado en las preferencias de actividad anómalas (trastornos del cortejo –voyeurismo, exhibicionismo, frotteurismo- y trastornos algolágnicos –dolor, sufrimiento-). El segundo grupo está basado en preferencias de objetivo anómalas (orientado a otras personas –pedofilia- y orientados a otros campos –fetichismo y travestismo-).

Tratamiento

Las parafilias no se curan, consisten en una condición de la personalidad que acompaña la vida del individuo. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento consiste en prevenir el delito –en los casos que así se requiera- y en segundo lugar buscar la compensación del impulso sexual alterado. El mismo consiste en disminuir las conductas reprobables e integrar la parafilia a la conducta esperable o adecuada para la pareja, es decir, aquella conducta sexual que sea más adecuada. No siempre se logra la remisión de la parafilia. Desde la terapia conductual existen técnicas específicas en el tratamiento de la conducta que se desea cambiar. También trabajamos con fármacos para controlar los impulsos, bajando el deseo sexual. Es fundamental la variedad de recursos con los que cuente el terapeuta para un mejor tratamiento. Por tal motivo el trabajo con varias disciplinas es necesario para un abordaje certero.

Clasificación de las parafilias

Existen varias clasificaciones de las parafilias según el autor que se trate. En un comienzo incluía toda actividad sexual que no fuera la penetración del pene en la vagina de dos adultos de mediana edad. Si bien las parafilias no han variado, con el tiempo se excluye la masturbación, la homosexualidad y el sexo oral o el sexo extraconyugal.

El DSM V comprende 8 Trastornos parafilicos y la categoría Trastorno parafilico no especificado: Trastorno de voyeurismo, de exhibicionismo, de frotteurismo, de masoquismo sexual, de sadismo sexual, de pedofilia, de fetichismo, de travestismo, Trastorno parafilico no especificado.

El Dr. Money propuso 6 categorías: parafilias de expiación y sacrificio (masoquismo y sadismo); de merodeadores y depredadores (voyeuristas y exhibicionistas); mercantiles y venales (actos de prostitución sin necesidad, no pueden lograr el deseo si no les pagan); selectivas (fetichistas); atractivas o estigmáticas (parcialistas); incitantes y seductoras (exhibicionistas y voyeuristas, pedófilos, frotteuristas).

Otra clasificación propone dos grupos: aquellas que implica una modificación del objeto y las parafilias en las que lo que está alterado es el acto sexual. Entre las primeras encontramos: el fetichismo, pedofilia, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia. Dentro del segundo grupo encontramos: exhibicionismo, voyeurismo, masoquismo, sadismo, fetichismo, frotteurismo, escatología telefónica, clismafilia, urofilia.

Tipos de parafilia

Fetichismo: implica la utilización de objetos no vivos para la excitación sexual, la masturbación, el coito y la fantasía, como ropas, zapatos, cabellos, uñas, etc. Cuando se trata de una parte del cuerpo no genital como pies, manos, orejas, se habla de parcialismo. Si la preferencia es por un órgano genital, mamas o nalgas, no se trata de una parafilia típica ya que poseen carácter sexual explícito.

Pedofilia: implica la preferencia por parte de un adulto de un menor, o un adolescente de 16 años, por alguien 5 años menor. La mayoría de los casos el abusador es alguien del entorno familiar. Es común que sean cariñosos con sus víctimas y muestren el abuso sexual como una muestra de cariño más. En el relato de adultos abusados de niños, es frecuente escuchar que no entendieran bien de qué se trataba, aunque sabían que era algo que no se debía contar.

Necrofilia: atracción y actos sexuales con personas muertas. Se describen varias formas: quien desentierra cadáveres, pueden culminar con actos de canibalismo. Quienes tienen relaciones por última vez con la mujer fallecida, negando la muerte. Así como quienes se sienten atraídos por estatuas.

Parcialismo: atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo. Sería parcialismo fetichista si esa parte no es sexual. En el parcialismo existe una percepción exagerada, obsesiva y a veces extravagante de cada una de esas partes. Existe una gran dificultad en integrar el conjunto del cuerpo.

Zoofilia: se caracteriza por la fantasía prevalente o la conducta de mantener relaciones sexuales con animales. Esta puede ser primaria cuando nunca tuvo relaciones humanas, y secundaria cuando empezó a tener prácticas zoófilas luego de una experiencia humana inicial; exclusiva con animales o no exclusiva, cuando además mantiene relaciones con personas.

Coprofilia: desviación sexual por la que se obtiene placer sexual por el contacto con los excrementos.

Exhibicionismo: exhibición de los genitales a un extraño con el objeto de alcanzar la excitación sexual, sin intentos posteriores de efectuar relaciones sexuales con el mismo. Es necesario que el otro se sorprenda como requisito para la excitación.

Voyeurismo: parafilia complementaria al exhibicionismo. Implica la erotización patológica de la mirada. Observar a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual. Es característica del voyeurista estar oculto mientras observa. El voyeur sustituye la acción por la mirada.

Masochismo sexual: constituye uno de los pares parafílicos junto al sadismo sexual de la erotización del dolor. Implica el hecho (real, no simulado) de ser humillado,

pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento. Algunos ejemplos de conductas masoquistas son ser orinado, defecado, obligado a arrastrarse, a imitar animales, a suplicar, etc. Los castigos pueden ser producidos por la pareja con látigos, palos, picanas, cortes, pinchazos, etc. La relación es de 20 varones por cada mujer masoquista.

Sadismo sexual: implica la erotización del dolor, y de esta forma completa el par sadismo masoquismo. El sufrimiento psicológico o físico de la víctima es sexualmente excitante para el individuo. Son actos o fantasías sádicas el inmovilizar físicamente a la víctima, atarla con los ojos vendados a la cama, azotarla, quemarla con cigarrillos o cebo de vela, intentos de estrangulación, etc.

Frotteurismo: se caracteriza por la frotación del cuerpo de otra persona que no consiente. Los frotteuristas aprovechan las aglomeraciones para practicar sus actos. El secreto del frotteurista está en la transgresión, no en la actividad genital.

Escatología telefónica: parafilia que se caracteriza por el uso preferente de las llamadas telefónicas obscenas como forma de obtener excitación sexual. Implica una erotización del sentido del oído y de la fonación, a través de malas palabras, frases sexualmente excitantes o la emisión vocal de sonidos como gemidos. Las llamadas pueden ser tanto a personas que no consienten como a personas que consienten.

Clismafilia: erotización de la parte terminal del intestino por llenado con líquido o enema. Puede tener como origen el exceso en que caen los padres en la utilización de enemas y supositorios en la infancia de sus hijos. De esta manera la utilización de estímulo ano-rectales con enemas sería sustitutiva de la actividad sexual coital, como regresión defensiva contra deseos genitales.

Urofilia: parafilia caracterizada porque el individuo necesita para el orgasmo sentir el olor o el sabor de la orina, ver orinar a alguien o sentir el ruido que hace. Se manifiesta en diversos grados: masturbarse mientras hule orina, escuchar el chorro de orina, ver orinar a otros, pedir al otro que orine sobre él, beber la orina de otro.

Dentro de un grupo menos comunes de parafilias podemos citar las siguientes:

Braquiproctosigmoidismo: introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través del ano.

Clastomanía: erotización al romper ropas.

Dendrofilia: erotización por contacto con las pantas.

Escuhismo o audiolagnia: erotización de ruidos sexuales de un cuarto vecino.

Hipnofilia: erotización ante personas dormidas, semejante a la necrofilia.

Licantropía: forma de sadomasoquismo por la que el individuo se identifica con un vampiro o un lobo.

Misofilia: erotización de la suciedad, vinculada con la coprofilia.

Narratofilia: erotización contando cuentos, relatos o chistes eróticos.

Osmolangnia: erotización del olor de productos corporales en descomposición.

Pictofilia: erotización de figuras pintadas por el propio sujeto.

Pietofilia: erotización ante imágenes piadosas.

Pigmalionismo: erotización frente a estatuas o maniquíes.

Pornofilia: la actividad sexual con material sexualmente explícito.

Quinungolagnia: erotización de situaciones de peligro.

Transexofilia: actividad sexual con un falso transexual.

Triolismo: patología a nivel de la situación: solo se excita frente a dos personas del sexo opuesto.

La complejidad del comportamiento sexual humano hace necesaria que el mismo sea abordado desde una mirada múltiple. Por tal motivo las parafilias son un campo de estudio común de la psiquiatría la psicología, la jurisprudencia, la sociología, la axiología, la filogenética, la antropología. Como terapeutas debemos tener siempre presente la importancia de la mirada multidisciplinar para hacer de los casos más complejos, posibles abordajes desde una ética profesional y humana.

El objetivo de la terapia sexológica es la salud sexual. Para la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

*Fuente DSM V y Organización Mundial de la Salud.

ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO EN PATOLOGÍAS GRAVES

CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

Vamos a comenzar hablando sobre el Acompañamiento en pacientes esquizofrénicos focalizándonos en las características de los mismos y en los medios terapéuticos que utilizará el acompañante para que el proceso sea exitoso.

Las que se enumeran son las más relevantes para el cumplimiento del rol del A.T.:

1. Dificultad para la adaptación social.
2. Trastorno o perturbación en la comunicación y el lenguaje.
3. Trastornos en la percepción, la memoria, la atención y el pensamiento.
4. Ideas delirantes.
5. Trastorno de la voluntad y de la motricidad.
6. Alucinaciones auditivas o visuales.

MANEJO TERAPEUTICO CON ACOMPAÑADOS CON ESQUIZOFRENIA

El acompañante deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Las consignas deberán ser simples para evitar la ambigüedad.
2. Hablar con frases cortas, claras y concretas.
3. Gran disposición a escuchar.
4. Respuestas directas sin ambigüedad ni dobles sentidos.

5. Tolerar el silencio.
6. No preguntar con insistencia sobre un mismo tema para que no se sientan perseguidos.
7. Puntualidad y cumplimiento en la tarea ya que son muy observadores y no toleran la frustración.

CÓMO DEBEN SER LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN

Las actividades que se implementen para llegar al objetivo terapéutico planteado deberán ser:

1. No pueden ser planificadas con mucha anticipación ya que estas personas son muy inestables.
2. Se debe poder volver atrás, rever la salida, modificarla si se observa incomodidad o sobre-exigencia.
3. Las actividades deberán ser cortas y ser realizadas con un ritmo lento.
4. Evitar lugares donde haya concentración de personas o mucho ruido.
5. Hacer participar al acompañado en la planificación de las actividades (no en la elección, es el acompañante quien elige la actividad de acuerdo al objetivo terapéutico).
6. Es muy importante estimular en el acompañado, con mucho tacto, todo lo relativo a un mejor cuidado de su apariencia personal.

DEPRESION (UNIPOLAR / EPISODIO DEPRESIVO MAYOR)

Es un trastorno psicopatológico caracterizado por el estado de ánimo deprimido o triste o por una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante un período de al menos dos semanas. Los síntomas más característicos son, entre otros:

* Dificultades en el sueño, -Dificultades en la actividad motora, -Cambios en el apetito, -Disminución o aumento de peso, -Falta de energía, - Baja autoestima o sentimientos de culpa, -Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Todo esto provoca deterioro social, laboral, familiar o vincular.

* El estado de ánimo es descrito como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como estar en un pozo. El llanto no siempre surge en todas las personas

depresivas. En algunas, las quejas se refieren a dolores y molestias físicas. La irritabilidad o la ira y los sentimientos de

frustración ante cosas no siempre relevantes acompañan a estos síntomas. Generalmente disminuye o desaparece la capacidad para el placer en consecuencia se produce un desinterés por las actividades que antes le atraían. Se pierde la disposición para disfrutar de la vida cayendo en el aislamiento social, vincular y/o familiar.

* Aparece en la mayoría de los casos, el insomnio (con mantenimiento o despertar precoz) acompañado de intensa angustia, por lo que le resulta difícil o imposible iniciar el día.

El acompañante deberá tener muy en cuenta que la persona que sufre depresión se evalúa negativamente y con pensamientos de culpa con respecto a hechos del pasado. Se siente un inútil ya que presenta una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, casi siempre se queja de perder la memoria y frecuentemente se encuentra distraído. Todo esto lo lleva a perder destreza laboral. El lenguaje suele estar reducido tanto en la velocidad como en la amplitud de los contenidos. La visión del mundo es negativa y el pensamiento dominante es negativo y funesto. Sobrevalora lo malo y minimiza lo bueno. Estas características son muy importantes para que el acompañante determine su plan de trabajo y las actividades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos por el equipo tratante. Estos síntomas remiten, gradualmente, con un adecuado tratamiento psicofarmacológico acompañado de psicoterapia.

PROPUESTA DE UN PLAN DE ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

LINEAMIENTOS GENERALES:

- 1) Debe ser claro, concreto y mostrar hacia donde se dirige el acompañamiento.
- 2) Debe ser realizado siguiendo los objetivos generales del plan de trabajo propuesto por el equipo.
- 3) Cada objetivo se viabilizará a través de actividades concretas y factibles de llevar a la práctica.
- 4) Deberán figurar: - Los objetivos terapéuticos generales. – El encuadre. – Las actividades que permitirán llegar al objetivo propuesto. – Opcional una breve fundamentación de la elección de la actividad (dependerá del equipo tratante).

5) Se entrega una copia al equipo, una a la familia. Según el caso una al acompañado.

Se deberá tener en cuenta que no existe el modelo ideal, lo importante es que cumpla la función de una guía clara y concreta, no sólo para el acompañante sino para el equipo y la familia.

ACOMPañAMIENTO TERAPEUTICO EN TRASTORNO BIPOLAR

Este trastorno tiene dos denominaciones actualmente en uso: Trastorno Bipolar o Trastorno maníaco-depresivo. La primera de ellas es la que más se utiliza ya que es la que menos estigmatiza.

Este trastorno produce severos cambios del ánimo oscilando entre la depresión y la manía. Puede ser muy destructivo, causando rupturas en las relaciones, pérdidas laborales etc.

SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA FASE DEPRESIVA QUE DEBERA TENER EN CUENTA EL A.T

1. Sentimiento de tristeza y abatimiento.
2. Autopercepción de inutilidad.
3. Pérdida de interés por las actividades preferidas.
4. Sentimientos de pesimismo y desesperanza.
5. Cambios significativos en los patrones de sueño por descenso o por aumento.
6. Cambios en la alimentación por aumento o por descenso de la ingesta.
7. Sensación de cansancio físico.
8. Ideación suicida recurrente o intento de suicidio.

Es muy importante que en un acompañamiento en trastorno bipolar el A.T tenga en cuenta lo siguiente:

1. La evolución de la patología (internaciones, intentos de suicidio, tratamientos etc.).
2. Si se cuenta o no con apoyo familiar, tanto al acompañado como al acompa-

ñante.

3. La frecuencia con que se pasa del polo maníaco al depresivo y viceversa.

4. El apoyo del equipo terapéutico tanto para la elaboración de las estrategias de trabajo como para la supervisión del acompañante, sobre todo en la fase maníaca).

SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA FASE MANIACA QUE DEBERA TENER EN CUENTA EL A.T



1. Exaltación del estado de ánimo (euforia).

2. Aumento excesivo de la vitalidad.

3. Hiperactividad.

4. Verborragia.

5. Disminución de la necesidad de dormir.

6. Autoestima elevada exageradamente.

7. Familiaridad excesiva en el trato con los otros.

FUNCIONES DEL A.T

Cuando se realiza un acompañamiento terapéutico en trastorno bipolar las principales funciones del acompañante serán entre otras:

1. La contención: esta función será siempre una constante en cualquier acompañamiento.
2. Ayudar al acompañado a trazar o descubrir un proyecto de vida.
3. Asegurarle al acompañado compañía e impulsarlo al diálogo sobre todo en la fase depresiva.
4. Escuchar empáticamente sobre todo en la fase depresiva.
5. Cumplir siempre con las actividades, horarios y encuentros pautados en el encuadre.
6. Detectar y estimular intereses y motivaciones.
7. Prestar atención a los cambios bruscos de humor (muy importante esta observación en este tipo de trastorno).
8. Ayudar a incluir la noción de futuro.
9. Prestar siempre atención a las alusiones al suicidio.

Podría decirse que el acompañamiento en este tipo de trastorno se torna complicado sobre todo cuando el acompañado ingresa en la fase maníaca. En este polo disminuye muy notoriamente su capacidad de escucha, por lo que será necesario, e muchos casos, “poner el cuerpo” corriendo a un segundo plano la palabra como instrumento de intervención.

Una persona en la fase maníaca presenta pensamientos acelerados e incoherentes, mal juicio o insensatez, su atención es muy lábil por lo tanto se distrae con mucha facilidad y la mayoría de las veces su conducta social es inapropiada. Ante este cuadro el A.T deberá contener a partir del ejercicio de una marcada asimetría, pero sin agredir, sino mostrando en todo momento paciencia y comprensión. Se buscará poner los límites y las pautas necesarias hasta superar la situación.

ACLARACION: La información que se incluye en el material está focalizada, de un modo muy práctico, en cómo se acompaña en este cuadro patológico. Es por eso, que, si bien todo lo teórico sobre bipolaridad es relevante, consideramos que constituye información extra para el acompañante y que puede ser extraída de cualquier fuente bibliográfica. La propuesta del curso es aprender cómo se acom-

pañã en cada trastorno y no que se convierta en encuentros sobre psicopatología. Sin embargo, se brindará siempre las características principales de cada patología.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1) TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

ANSIEDAD: Se la define como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido. Se diferencia del miedo en que éste se refiere a algo explícito y concreto. La ansiedad provoca una impresión interior de temor, indefensión y zozobra.

La ansiedad es una señal de alerta, advierte sobre el peligro inminente y le permite a la persona tomar medidas contra la amenaza. Es una manifestación esencialmente afectiva lo que significa que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior. A esto se le añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que se ocupan de la "vigilancia" (fundamentalmente cortico-subcorticales mediatizados por la formación reticular. La consecuencia es un estado de alteración que, desde la psicología empírica se denomina hipervigilancia.

La psicofisiológica, en este caso, es similar a la del miedo y no es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Se debe tener en cuenta, que, al mismo tiempo, esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y vigencias concretos de la vida.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV

El DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

FOBIAS: Las divide en Fobia Específica y Fobia Social.

TRASTORNO DE PANICO: Con o sin agorafobia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO.

Es muy importante para el acompañante terapéutico tener en cuenta las cuatro áreas que resultan afectadas por la ansiedad:

1. Cognitiva o de pensamiento.
2. Conductual.
3. Motora
4. Psicofisiológica.

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas por:

- Estímulos internos: Las más importantes son las emociones, los miedos o los pensamientos, ideas o imágenes, generalmente ocurridos con anterioridad y reforzados por la permanente exposición a ellos.
- Estímulos Externos: Situaciones o percepciones de amenaza o de peligro que ponen en riesgo la integridad.

La ansiedad como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección ante posibles peligros. La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante. Por ejemplo: La ansiedad que se genera ante la presencia de un animal peligroso, evitaría acercarnos a él y nos llevaría a protegernos. Este tipo de ansiedad normal suele estar acompañada por un crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias.

Existe otro tipo de ansiedad conocida como patológica. Es la que genera los trastornos antes mencionados. La ansiedad patológica tiene una intensidad y duración exagerada, es una respuesta inapropiada a un estímulo dado.

El A.T. deberá tener muy en cuenta para su intervención las respuestas que se producen en el sujeto frente a esta ansiedad

1. Forma de pensar: Aparecen preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprehensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, sensación de desorganización, pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad.
2. Aspectos fisiológicos o corporales: Taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, náuseas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatiga excesiva etc.
3. En su forma de actuar: Comportamientos inadecuados, movimientos sin una fina-

lidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones etc.

La ansiedad es un problema cuando:

- Es de intensidad, frecuencia y duración alta.
- * No es proporcional con la gravedad objetiva de la situación.
- * El grado de sufrimiento subjetivo es alto.
- * El grado de interferencia en la vida cotidiana es alto o provoca disfunción.

Hay que tener en cuenta que la ansiedad se hace crónica con facilidad, si la persona no tiene estrategias de afrontamiento ante la situación de estrés.

ESTRUCTURA Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Consideraciones previas:

En el primer año de vida, el niño aprende qué respuestas conductuales son efectivas y cuáles no lo son. Aprende qué respuestas conductuales lo guían hacia un lo placentero y qué respuestas son castigadas o no placenteras.

El niño desarrolla un repertorio de conductas que son probadas empíricamente, diseñadas para conseguir el refuerzo y también evitar el castigo. Avanzando en el tiempo, empieza a practicar respuestas conductuales específicas bastante consistentes en situaciones diferentes, en este punto, se puede decir que el niño está demostrando un "hábito".

Mientras el niño continúa madurando, comienza a demostrar un grupo repetitivo de hábitos. Este grupo colectivo de hábitos puede ser referido como "rasgos".

Finalmente, la conducta de los niños se fija a un patrón preferido de comportamiento. Estos patrones no solo se vuelven resistentes a la extinción, sino que el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado hace que estos patrones de respuestas sean altamente prioritarios. Estos patrones constituyen la esencia y la suma de la personalidad del niño. Cuando dichos patrones conductuales se vuelven inflexibles e inadecuados se los denomina "trastornos".

Se define a la "personalidad" como un patrón de rasgos profundamente incorpo-

rado de conductas que persisten por largos períodos de tiempo, y si dichos rasgos son rígidos se dice que tal personalidad presenta un trastorno. Estas conductas, surgen de una compleja interacción entre disposición biológica (temperamento) y experiencias aprendidas (carácter), lo cual puede hacer que los patrones conductuales sean flexibles o rígidos.

- Temperamento: Puede ser considerado como una parte biológicamente determinada de la personalidad. Cada niño se incorpora al mundo con un patrón distintivo de tendencias de respuestas y de sensibilidades.

- Carácter: Este puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y las costumbres de la sociedad en la que vive.

“Personalidad normal y anormal”:

Probablemente, la mejor forma de valorar una conducta como normal o anormal es considerando la esfera cualitativa. Por eso, la normalidad puede ser concebida como “la capacidad de funcionar autónoma y competentemente; la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente (el poder respetar el encuadre); una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia, y la habilidad de autor realizarse o de alcanzar las propias potencialidades” (Millón, 1981). En consecuencia, la anormalidad puede ser entendida como un déficit en estas cualidades.

“Origen y conformación de la estructura psíquica de base de la personalidad”:

Hemos visto que la personalidad se conforma con la interrelación de factores biológicos y factores ambientales. Mientras que los factores biológicos (temperamento) pueden sentar las bases para el desarrollo de la personalidad, los factores ambientales (carácter) sirven para refinar y finalmente determinar lo que creemos que constituye la esencia de la personalidad.

La interacción entre los factores biológicos y ambientales dará como resultado la:

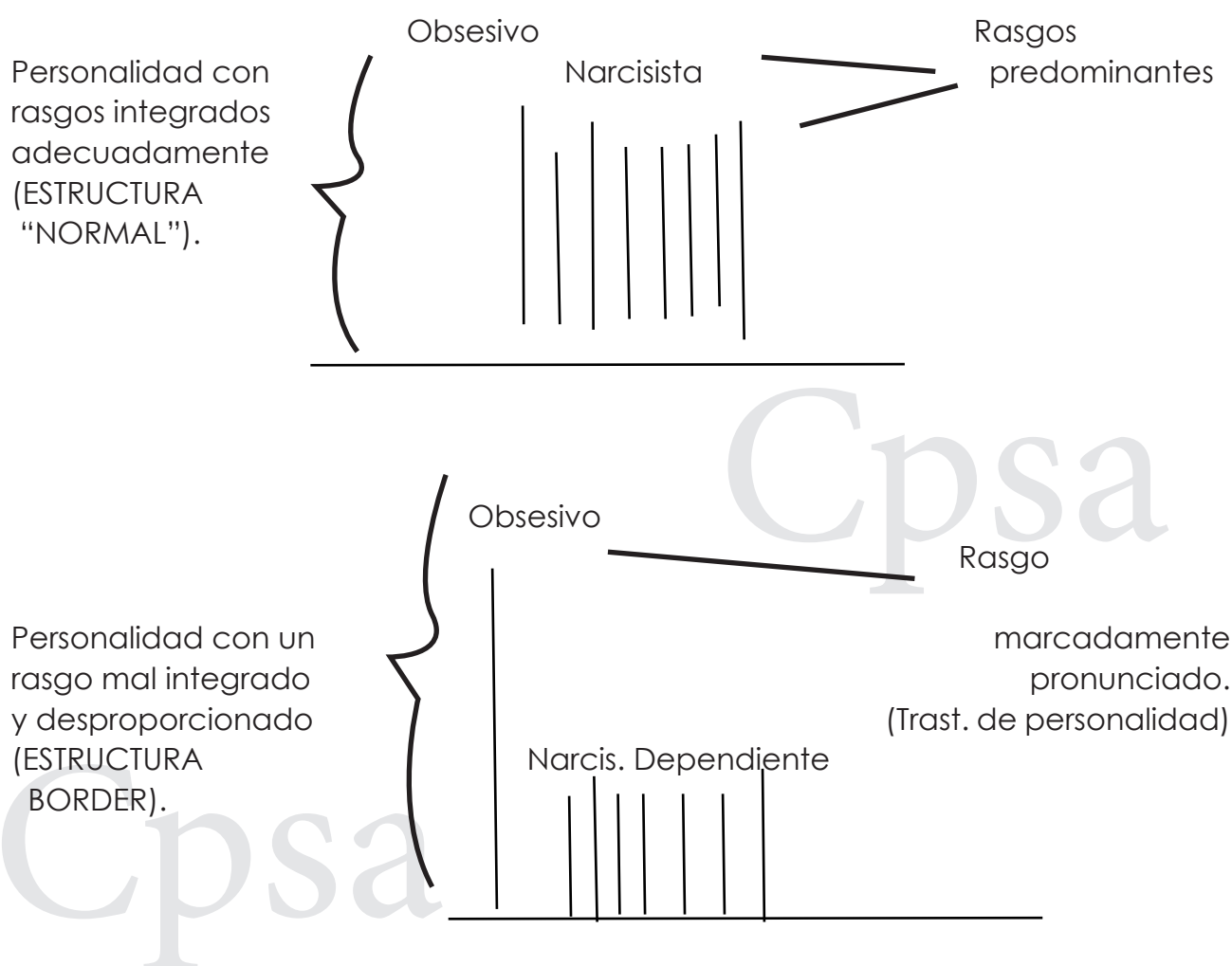
“Conformación de la estructura psíquica de base”:

Uno de los puntos más relevantes en este tema, es que los procesos de desarrollo temprano son más significativos en la formación de la personalidad que las experiencias más tardías. Según Millón (1981): “las experiencias tempranas no solamente son fijadas más penetrante y fuertemente, sino que sus efectos tienden a persistir y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías”. Por lo tanto, las influencias tempranas, en los primeros años de vida son quizás las más importantes para la formación del desarrollo de la personalidad.

Se pueden distinguir tres diferentes estructuras de personalidad:

- Estructura de personalidad normal: donde no se encuentran trastornos de personalidad.
- Estructura de personalidad Borrar (o de tipo límite): donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en límite superior y bajo.
- Estructura de personalidad de tipo psicótico: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

CUADRO COMPARATIVO DE ESTRUCTURAS PSÍQUICAS



Trastornos de la personalidad

Criterios de identificación para los diferentes trastornos de personalidad

GRUPO A Raros y excéntricos

- Trastorno paranoide.
- Trastorno esquizoide.
- Trastorno esquizotípico.

- **TRASTORNO PARANOIDE:**

Se caracteriza por ser una persona con mucha desconfianza y suspicacia, donde las intenciones de los demás las interpreta como maliciosas.

- Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les harán daño o se les va a engañar.
- Demuestra preocupación por dudas no justificadas (acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos o socios).
- Se resiste a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
- En las observaciones o los hechos más inocentes, vislumbra "significados" ocultos que son degradantes o amenazadores.
- Suele albergar rencores durante mucho tiempo (por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios).
- Percibe ataques a su persona o a su reputación, que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
- Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel.

- **TRASTORNO ESQUIZOIDE:**

Se caracterizan por mostrar un marcado distanciamiento las relaciones con los demás y son pocos expresivos a nivel emocional.

- Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
- Escoge casi siempre actividades solitarias.
- Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- Disfruta con pocas o ninguna actividad.
- No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

- Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
- Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

- **TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO:**

Son aquellos que se caracterizan por tener un notable déficit en el ángulo social y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones en contenido del pensamiento y de lo que a veces percibe. Además, muestra un comportamiento muy apartado de lo común.

- Suele hablar mucho de sí mismo (relacionando constantemente los hechos y situaciones a él).
- Presenta creencias raras o de pensamiento mágico que influye en el comportamiento (y no es consistente con las normas subculturales, por ejemplo: superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido", fantasías o preocupaciones extrañas).
- Con frecuencia suele relatar experiencias perceptivas inhabituales, donde incluye las ilusiones corporales.
- También es común el pensamiento y el lenguaje raros (por ejemplo: vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
- Susplicia o ideación paranoide.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
- Suele presentar mucha ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

GRUPO B

Inestables, Dramáticos y Emotivos

- **Trastorno narcisista.**
- **Trastorno histriónico.**
- **Trastorno antisocial.**
- **Trastorno límite.**

- **TRASTORNO NARCISISTA:**

En este aparece un patrón de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía. Además, pueden presentar:

- Un grandioso sentido de auto importancia (por ejemplo: exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
- Esta preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.

- Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
- Exige una admiración excesiva.
- Es muy pretencioso, por ejemplo, muestra expectativas irrazonables de querer recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- Pueden ser interpersonalmente explotadores, (por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas).
- Carecen de empatía: son reacios a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Frecuentemente envidian a los demás o creen que los demás lo envidian a él.
- Presentan comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

- **TRASTORNO HISTRIÓNICO:**

Manifiestan un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención constantes, a saber, entre otras cosas:

- No se sienten cómodos en las situaciones en las que no son el centro de la atención.
- Se comportan con los demás de una forma sexualmente seductora o provocadora.
- Muestran una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- Utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- Tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- Son fácilmente influenciados por los demás o por las circunstancias.
- Consideran sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

- **TRASTORNO ANTISOCIAL:**

Se destaca por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Sus características son las siguientes:

- Fracasan al adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (ya que repetidamente cometen actos delictivos que son motivo de detención).
- Suelen ser deshonestos ya mienten repetidamente para estafar a otros y obtener un beneficio personal o por placer.
- Son muy impulsivos e incapaces para planificar el futuro.
- También son irritables y agresivos, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Manifiestan despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Algo que los hace particulares es la falta de remordimientos, como lo indican la

indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

- **TRASTORNO LIMITE:**

Esta caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones sociales, su propia imagen y su estado de ánimo, en donde se observa una notable impulsividad. Sus características:

- Temen ser abandonados (no sólo de forma real sino también imaginaria).
- Son inestables en las relaciones sociales, ya que evalúan a la gente en términos extremos de idealización y descalificación.
- De acuerdo a su estado de ánimo (tan inestable) su identidad se irá viendo afectada.
- Muestran una notable impulsividad.
- Suelen tener intentos o amenazas suicidas recurrentes, o bien comportamientos de automutilación.
- Son muy inestables a nivel afectivo, debida a lo reactivo y cambiante que resulta ser su estado de ánimo, y que suelen durar unas horas y rara veces unos días.
- Demuestran sentimientos crónicos de vacío.
- Incapacidad para controlar la ira (por ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria.

DIFERENCIAS CON EL TRASTORNO BIPOLAR

Este diagnóstico es utilizado como una categoría residual cuando el cuadro “no encaja” dentro de los esquemas nosográficos más clásicos. Debe tenerse en cuenta que el efecto depresivo del trastorno borderline de la personalidad se caracteriza por cambios de un día para el otro (o de una hora para otra), mientras que el acceso bipolar mixto aparece más frecuentemente como un episodio discreto -con un principio y un final bien marcados- y un curso relativamente estable durante el episodio. La característica que más ayuda al diagnóstico diferencial es la reactividad del borderline, cuando se ve que los cambios de ánimo están relacionados con acontecimientos que evocan la vivencia de abandono. Por otra parte, en los enfermos bipolares es más frecuente la alteración marcada del apetito y el sueño.

La ausencia de factores precipitantes y la historia familiar positiva para trastorno bipolar también orientan al diagnóstico de trastorno mixto.

GRUPO C

Sumisos, Temerosos y Ansiosos

- **Trastorno obsesivo-compulsivo.**
- **Trastorno por evitación.**
- **Trastorno por dependencia.**

- **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:**

Aparecen caracterizados por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental y de los demás, sin ser flexibles a su punto de vista, carente de espontaneidad ya que todo lo realizan de forma programada o sistematizada. Es característico también:

- La preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de una actividad.
- Dicho perfeccionismo suele interferir con la finalización de las tareas (por ejemplo, son incapaces de acabar con un proyecto porque no cumplen con sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
- Suelen dar una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, excluyendo las actividades de ocio y las amistades (cuando nada de esto es atribuible a alguna necesidad económica evidente).
- Manifiestan una excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, éticas o valores.
- Raramente son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- También son reacios a delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Adoptan un estilo avaro en asuntos administrativos; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- Muestran rigidez y obstinación.

• **TRASTORNO POR EVITACIÓN:**

Es un patrón general de conducta en el que se remarcen una notoria inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. Las características más frecuentes son:

- Evitar trabajos o actividades que impliquen relacionarse con la gente debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- Son reacios a implicarse con la gente sino están seguros de que le van a agradar.
- Demuestran temor a las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- La mayor parte del tiempo están preocupados por la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales.
- Están inhibidos en las situaciones sociales nuevas, a causa de los sentimientos de



inferioridad.

- Se ven así mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás.
- Son extremadamente reacios a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

- **TRASTORNO POR DEPENDENCIA**

Este trastorno remarca la necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Las características que los identifican son:

- Las dificultades para tomar las decisiones cotidianas, sino cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- Sienten la necesidad de que otros asuman la responsabilidad en los principales asuntos de su vida.
- También presentan dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor de la pérdida de apoyo o a la aprobación de terceros.
- Tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación o de energía).
- Van demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse como voluntarios para realizar tareas desagradables.
- Se sienten incómodos o desamparados cuando están solos, debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidarse de sí mismo.
- Cuando terminan una relación importante, buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan.