Autores:

Autores: Manuel Ismael Morocho Malla; Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia
Obra: Fundamentos de psicopatología
Unidad: Fundamentos de psicopatología
Páginas: 130 - 148
DOI del capítulo: https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/10

Referencia APA 7

Morocho Malla, M. I., & Montesdeoca Tapia, J. A. (2026). Aspecto y conducta. En P. Jiménez Prado & M. I. Arévalo Vázquez (Eds.), *Fundamentos de psicopatología* (pp. 130 - 148). EDUCA-PLUS Editorial Académica. https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/10



ASPECTO Y CONDUCTA

10.1. ASPECTO

La psicopatología del aspecto del paciente se refiere al estudio y la evaluación de cómo la apariencia física de una persona puede estar relacionada con su salud mental. El aspecto físico de un individuo puede proporcionar pistas importantes sobre su estado emocional, bienestar psicológico y posibles trastornos mentales.

10.1.1. Cambios en el aspecto físico

Los cambios notables en la apariencia física de una persona, como la pérdida o ganancia significativa de peso, la falta de higiene personal con duchas regulares, la falta de cuidado en la vestimenta o una apariencia desaliñada, pueden indicar problemas de salud mental.

Tabla 9.
Cambios en el aspecto físico según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: pérdida o aumento de peso, problemas para dormir, fatiga y falta de interés en el autocuidado.
- **Trastornos de la alimentación**: dentro de los cuadros de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pueden presentarse pérdida de peso extrema, debilidad muscular, piel seca, cabello quebradizo y problemas dentales debido al vómito frecuente.
- **Trastorno por estrés postraumático**: insomnio, pesadillas, sudoración excesiva, palpitaciones y tensión muscular debido a las respuestas de ansiedad y estrés.
- **Trastorno de ansiedad generalizada**: sudoración, temblores, palpitaciones, dificultad para respirar, tensión muscular y problemas gastrointestinales debido a la activación del sistema nervioso autónomo.
- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: cambios en su apariencia física debido a la falta de interés en el autocuidado o la falta de motivación para mantenerse limpias y vestirse adecuadamente.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos puede haber un aumento en la energía y la actividad física, lo que puede manifestarse en cambios de apariencia, como ropa extravagante o cambios extremos en la apariencia física; durante los episodios depresivos, puede presentarse descuido de su apariencia personal.

- **Trastornos del sueño**: el insomnio y la apnea del sueño pueden tener efectos físicos notables, como ojeras, palidez y fatiga crónica.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006) Ortiz-Tallo, M. (2013). Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.1.2. Tics y movimientos involuntarios

Algunas condiciones de salud mental pueden manifestarse a través de movimientos corporales involuntarios o comportamien2tos repetitivos, como tocarse la cara o el cabello de manera constante.

Tabla 10.
Tics y movimientos involuntarios según trastornos mentales

- **Trastorno de Tourette**: múltiples tics motores y vocales; las personas con este trastorno pueden experimentar ansiedad, depresión y problemas de autoestima debido a la vergüenza o el estigma asociado con los tics.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo**: caracterizado por obsesiones (pensamientos intrusivos y no deseados) y compulsiones (comportamientos repetitivos realizados para aliviar la ansiedad); algunas personas pueden desarrollar tics motores o vocales como parte de su respuesta a la ansiedad y las obsesiones.

- **Trastorno por estrés postraumático**: movimientos involuntarios como temblores, debido a la activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a recuerdos traumáticos o situaciones desencadenantes.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: puede estar asociado con tics motores, como la tensión muscular y movimientos nerviosos, debido a la ansiedad crónica y la preocupación constante.

- **Trastorno del espectro autista**: movimientos repetitivos como balanceo o aleteo de manos, que pueden considerarse tics o movimientos estereotipados.

- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**: tics motores como parte de sus síntomas, aunque los tics no son una característica principal de este trastorno.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.1.3. Vestimenta inusual y estilo de vestir

La elección de ropa inusual o fuera de lo común, como vestirse de una manera extravagante o inapropiada para la situación, puede ser un indicador de trastorno mental.

Tabla 11.
Vestimenta inusual y estilo de vestir según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: se asocia con una falta de energía y motivación, lo que puede llevar a la persona a descuidar su apariencia personal; las personas con depresión pueden optar por vestirse de manera descuidada, usar ropa poco llamativa o no prestar atención a su higiene personal.
- **Trastorno de ansiedad social**: pueden sentirse incómodas en situaciones sociales y pueden tratar de evitar llamar la atención; esto puede llevar a vestir de manera muy conservadora o evitar la ropa que destaque.
- **Trastornos de la alimentación**: en la anorexia nerviosa, las personas pueden usar ropa holgada para ocultar la pérdida de peso; en la bulimia nerviosa, pueden usar ropa ajustada para detectar cambios en el peso más fácilmente.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo**: las compulsiones relacionadas con la vestimenta pueden ser un síntoma del trastorno; algunas personas pueden pasar mucho tiempo eligiendo su ropa o pueden tener rituales específicos de vestimenta antes de salir de casa.
- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden tener un estilo de vestir que se ajuste más a su identidad de género autopercibida, lo que puede ser diferente de su sexo asignado al nacer.
- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden tener un aumento en la energía y la actividad, lo que puede llevar a decisiones de moda extravagantes o compras impulsivas de ropa.
- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden tener dificultades para cuidar de sí mismas, lo que puede incluir el cuidado de su apariencia y elección de vestimenta; pueden vestirse de manera inusual o no preocuparse por su apariencia.
- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden tener dificultades para concentrarse en aspectos de cuidado personal, incluyendo la elección de la ropa, si están lidiando con síntomas de ansiedad y recuerdos traumáticos intrusivos.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.1.4. Tatuajes, piercings y modificaciones corporales

Las personas pueden recurrir a tatuajes o modificaciones corporales extremas que pueden indicar la presencia de un trastorno mental.

Tabla 12.
Tatuajes, piercings y modificaciones corporales según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor:** pueden recurrir a las modificaciones corporales como una forma de expresión personal, empoderamiento o búsqueda de control sobre su propio cuerpo; sin embargo, también puede haber casos en que se tomen decisiones impulsivas o poco reflexionadas sobre tatuajes o piercings.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: pueden tener diferentes reacciones ante las modificaciones corporales, así a algunas pueden encontrarlas estresantes o abrumadoras debido al miedo a la aguja o al dolor, mientras que a otras pueden utilizarlas como una forma de enfrentar o superar sus miedos.

- **Trastornos de la alimentación**: en la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, las decisiones sobre tatuajes o piercings pueden estar relacionadas con la imagen corporal y la forma en que la persona percibe su propio cuerpo; algunas personas pueden usar modificaciones corporales como una forma de reforzar su control sobre su apariencia física.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden optar por tatuajes o piercings como una forma de expresar su identidad de género autopercibida o para modificar su cuerpo de manera que se alinee más con su identidad de género.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden ser más propensas a tomar decisiones impulsivas, lo que puede incluir la decisión de hacerse tatuajes o piercings sin una consideración exhaustiva.

- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden optar por modificaciones corporales como una forma de recuperación y empoderamiento, como un símbolo de superación o una forma de reclamar su cuerpo después de una experiencia traumática.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.1.5. Expresión facial y lenguaje corporal

La expresión facial y el lenguaje corporal de una persona pueden indicar su estado emocional.

Tabla 13.
Expresión facial y lenguaje corporal según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: a menudo muestran una expresión facial y un lenguaje corporal que reflejan tristeza, desinterés y fatiga; pueden tener dificultades para sonreír o mantener el contacto visual, y pueden adoptar posturas encorvadas o lentas en su movimiento.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: pueden manifestarse en el lenguaje corporal a través de signos de nerviosismo, como movimientos inquietos, tensión muscular, gestos repetitivos o falta de relajación; la expresión facial puede mostrar signos de preocupación, como ceño fruncido o mirada ansiosa.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden mostrar una gama de expresiones faciales y lenguaje corporal, que pueden variar desde emociones aplanadas o inapropiadas hasta movimientos inusuales o estereotipados.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden mostrar un lenguaje corporal y una expresión facial acelerados, con un aumento en la energía y la agitación; durante episodios depresivos, pueden mostrar expresiones faciales de tristeza y falta de energía.

- **Trastorno de personalidad límite**: pueden tener cambios rápidos y extremos en su expresión emocional y lenguaje corporal; pueden mostrar intensas expresiones de enojo, tristeza o euforia en un corto período de tiempo.

- **Trastorno del espectro autista**: pueden tener dificultades para comprender y expresar adecuadamente las señales sociales a través de la expresión facial y el lenguaje corporal; pueden tener movimientos repetitivos o una falta de contacto visual.

- **Trastorno de ansiedad social**: pueden mostrar lenguaje corporal de evitación social, como esquivar el contacto visual, encorvarse o retirarse de situaciones sociales; pueden tener expresiones faciales de miedo o incomodidad en situaciones sociales.

- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden mostrar una mayor alerta y una reacción exagerada a estímulos desencadenantes, lo que puede reflejarse en su lenguaje corporal y expresiones faciales.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2. Higiene personal

La falta de higiene personal, como no bañarse regularmente o no cuidar la salud bucal, puede ser un síntoma de trastornos mentales.

Tabla 14.
Higiene personal según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: pueden experimentar una disminución en la motivación y la energía, lo que puede llevar a una disminución en la atención a la higiene personal; pueden tener dificultades para bañarse regularmente, cepillarse los dientes, lavarse el cabello o cambiar de ropa con regularidad.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: la ansiedad severa puede llevar a una hiperactividad, lo que puede resultar en una mayor atención a la higiene personal; sin embargo, para otras personas, especialmente aquellas con trastornos de ansiedad más debilitantes, la preocupación y el miedo pueden dificultar el cuidado personal.

- **Trastornos de la alimentación**: en la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, la obsesión con la imagen corporal y el peso puede llevar a una preocupación extrema por la higiene personal, a menudo en relación con la percepción de su cuerpo.

- **Trastorno de estrés postraumático**: pueden experimentar una variedad de síntomas que pueden interferir con su capacidad para cuidar de sí mismas, incluida la higiene personal; esto puede ser el resultado de la activación constante del sistema de respuesta al estrés.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios depresivos pueden tener dificultades para mantener su cuidado personal, incluida la higiene; durante episodios maníacos, pueden estar más ocupadas o distraídas para prestar atención a la higiene personal.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden tener dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, incluido el cuidado personal; esto puede ser el resultado de los síntomas cognitivos o de falta de motivación asociados con la enfermedad.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden tener una relación complicada con la higiene personal debido a la relación con la percepción de su propio cuerpo y género.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2.1. Cambios en el peso corporal

Ganar o perder peso de manera significativa sin una razón aparente puede ser un signo de trastornos mentales.

Tabla 15.
Cambios en el peso corporal según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: puede tener un impacto en el peso corporal de varias maneras: algunas personas pueden experimentar una pérdida de apetito y, como resultado, pueden perder peso; otras pueden recurrir a la comida como una forma de afrontar la depresión y, por lo tanto, aumentar de peso; en algunos casos, la depresión puede llevar a un cambio en los hábitos alimenticios, lo que puede afectar el peso.

- **Trastornos de la alimentación**: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa están directamente relacionadas con el peso corporal; las personas con anorexia nerviosa suelen restringir severamente su ingesta calórica, lo que lleva a una pérdida de peso significativa; por otro lado, las personas con bulimia nerviosa pueden experimentar fluctuaciones en el peso debido a episodios de atracones y purgas.

- **Trastorno por atracón**: experimentan episodios de consumo excesivo de alimentos sin control; esto puede llevar a un aumento de peso significativo en algunas personas.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden tener una mayor actividad y energía, lo que puede resultar en una pérdida de peso debido a una mayor actividad física y una disminución del apetito; durante los episodios depresivos, pueden aumentar de peso debido al aumento del apetito y la tendencia a buscar la comida como una forma de alivio emocional.

- **Trastorno de estrés postraumático**: pueden experimentar cambios en el apetito y los hábitos alimenticios como parte de sus síntomas; esto puede resultar en fluctuaciones en el peso corporal.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: la ansiedad crónica puede afectar el apetito de diferentes maneras: algunas personas pueden perder peso debido a la falta de apetito, mientras que otras pueden recurrir a la comida como una forma de afrontar la ansiedad, lo que puede llevar a un aumento de peso.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden someterse a cambios en el peso corporal como parte de su transición de género, a través de terapia hormonal u otros métodos.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2.2. Signos de autolesiones

Las marcas de autolesiones, como cortes en la piel, quemaduras o rasguños pueden ser evidencia de trastornos mentales subyacentes.

Tabla 16.
Signos de autolesiones según trastornos mentales

- **Trastorno límite de la personalidad**: las autolesiones, como cortarse, quemarse o golpearse, son comunes como forma de aliviar el dolor emocional o una manera de expresar emociones difíciles de manejar.

- **Trastornos del estado de ánimo**: pueden recurrir a la autolesión como una forma de expresar su dolor emocional o como una forma de sentir algo cuando están emocionalmente adormecidas; la autolesión puede ser más común en episodios depresivos.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: la autolesión puede ser menos común en trastornos de ansiedad, pero, en algunos casos, las personas pueden recurrir a la autolesión como una forma de liberar la tensión y la ansiedad.

- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden recurrir a la autolesión como una forma de lidiar con la angustia y el estrés asociados con los recuerdos traumáticos.

- **Trastornos de la alimentación:** la autolesión puede coexistir con trastornos de la alimentación como una forma de expresar la angustia emocional y física asociada con estos trastornos.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden recurrir a la autolesión como una forma de lidiar con la angustia asociada con la discrepancia entre su identidad de género y el sexo asignado al nacer.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2.3. Uso excesivo de maquillaje o ropa para ocultar imperfecciones

Algunas personas pueden usar maquillaje en exceso o ropa para ocultar imperfecciones percibidas o para enmascarar problemas de imagen corporal; esto puede estar relacionado con algunos trastornos mentales.

Tabla 17.

Uso excesivo de maquillaje o ropa para ocultar imperfecciones según trastornos mentales

- **Trastorno de ansiedad social**: pueden sentir una fuerte presión para verse "perfectas" y pueden recurrir al maquillaje o la ropa para tratar de ocultar cualquier característica que sientan que les hace destacar negativamente en situaciones sociales.

- **Trastornos de la alimentación**: pueden tener una percepción distorsionada de su apariencia física y pueden usar maquillaje para tratar de cambiar o esconder ciertos rasgos que consideren poco atractivos; también pueden usar ropa holgada para ocultar su peso real.

- **Trastorno dismórfico corporal**: tienen una preocupación obsesiva por un defecto percibido en su apariencia, a menudo algo que otros no notan o consideran insignificante; pueden usar maquillaje o ropa de manera excesiva en un intento de ocultar o corregir esta "imperfección".

- **Trastorno depresivo mayor:** pueden sentir que su apariencia física ha cambiado para peor debido a la autopercepción negativa; pueden usar maquillaje u optar por ropa que consideren "segura" o que les haga sentir más cómodas.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género, estas perosonas pueden usar maquillaje o ropa como una forma de expresar su identidad de género autopercibida o para ocultar características que les recuerden a su sexo asignado al nacer.

- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden usar maquillaje o ropa como una forma de controlar cómo se ven y sentirse más seguras en su entorno.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2.4. Cicatrices o marcas visibles

Pueden indicar un historial de autolesión o traumatismo, lo cual puede ser relevante en la evaluación de la salud mental.

Tabla 18.
Cicatrices o marcas visibles según trastornos mentales

- **Trastorno límite de la personalidad**: a veces se involucran en autolesiones repetidas, como cortarse o quemarse, como una forma de aliviar el dolor emocional o expresar emociones intensas; estas autolesiones pueden dejar cicatrices a lo largo del tiempo.
- **Trastornos de la alimentación**: pueden desarrollar marcas en la piel debido a la pérdida de peso extrema, la restricción alimentaria o los episodios de atracones y purgas; la piel seca y pálida también puede ser una característica en algunos casos.
- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden tener cicatrices o marcas como resultado de la autolesión como una forma de afrontar la angustia emocional o como una manifestación de los síntomas del trastorno.
- **Trastorno de estrés agudo**: pueden recurrir a la autolesión o comportamientos de riesgo durante o después de un evento traumático.
- **Trastorno de ansiedad social**: pueden desarrollar marcas o cicatrices en la piel debido a la autolimitación o el rascado compulsivo como resultado de la ansiedad y el estrés.
- **Trastorno depresivo mayor**: pueden autolesionarse como una forma de liberar la tensión emocional o sentir algo cuando están emocionalmente adormecidas, lo que puede llevar a cicatrices o marcas en la piel.
- **Trastorno del espectro autista**: pueden tener comportamientos autolesivos, como el golpeteo repetitivo, que pueden causar marcas o cicatrices en la piel.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.2.5. Cambios en el aspecto general

Puede incluir aspectos como la palidez, ojeras pronunciadas, tensión muscular, etc., que pueden indicar niveles de estrés o trastornos mentales.

Tabla 19.
Cambios en el aspecto corporal según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor**: a menudo experimentan una serie de cambios en su apariencia general; pueden mostrar una falta de cuidado personal, incluyendo la higiene deficiente, ropa descuidada o falta de interés en la apariencia personal.

- **Trastornos de la alimentación**: pueden causar cambios notables en el peso corporal, la apariencia y la salud general; las personas con anorexia nerviosa a menudo muestran una pérdida de peso extrema, piel seca y otras señales de malnutrición; las personas con bulimia nerviosa pueden tener cambios en el esmalte dental debido a los vómitos frecuentes.

- **Trastorno límite de la personalidad**: pueden experimentar cambios rápidos y extremos en su apariencia general, incluyendo cambios en el estilo de vestir, peinado y maquillaje; esto puede ser parte de una identidad en constante cambio.

- **Trastorno bipolar**: durante los episodios maníacos pueden mostrar un aumento en la energía y la actividad, lo que puede llevar a cambios en el estilo de vestir y la apariencia personal; durante episodios depresivos, pueden descuidar su apariencia.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden tener dificultades para cuidar de sí mismas, lo que puede incluir el cuidado de su apariencia y elección de ropa; esto puede ser el resultado de los síntomas cognitivos o de la falta de motivación asociada con la enfermedad.

- **Trastorno de ansiedad social**: pueden sentir una fuerte presión para verse "perfectas" en situaciones sociales, lo que puede llevar a cambios en el aspecto y la apariencia en un esfuerzo por encajar o evitar la crítica.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden hacer cambios en su aspecto general, como cambios en la ropa, peinado y maquillaje, para expresar su identidad de género autopercibida.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987). Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3. Conducta

La psicopatología de la conducta del paciente se refiere al estudio y la evaluación de los comportamientos anormales, inusuales o problemáticos que una persona puede exhibir como parte de un trastorno mental.

10.3.1. Agresión

La agresión física o verbal, dirigida hacia uno mismo o hacia otros, es un síntoma común en varios trastornos.

Tabla 20.
Agresión según trastornos mentales

- **Trastorno del espectro autista**: pueden experimentar dificultades en la regulación emocional y, en algunos casos, esto puede llevar a comportamientos agresivos como resultado de la frustración o la sobreestimulación sensorial.

- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**: aunque la hiperactividad e impulsividad son características principales de este trastorno, en algunos casos esto puede manifestarse como agresión, especialmente en situaciones de frustración o enojo.

- **Trastorno del control de los impulsos**: en el trastorno explosivo intermitente pueden experimentar episodios de agresión verbal o física que están fuera de proporción con la situación.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden experimentar agresión, especialmente si están experimentando síntomas como alucinaciones o delirios que los hacen sentir amenazados o en peligro.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden experimentar una mayor irritabilidad y agresividad, lo que puede llevar a comportamientos agresivos.

- **Trastorno explosivo intermitente**: este trastorno se caracteriza por episodios de agresión verbal o física que están fuera de proporción con la situación. Puede ser desencadenado por situaciones estresantes o provocaciones mínimas.

- **Trastorno de estrés postraumático**: pueden experimentar episodios de agresión como una respuesta al estrés o como una forma de protegerse a sí mismas.

- **Trastorno de la personalidad antisocial (psicopatía):** pueden mostrar un patrón persistente de comportamiento agresivo, manipulador o antisocial.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008). Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.2. Aislamiento social

El aislamiento extremo o la evitación constante de situaciones sociales pueden ser indicativos de trastornos mentales.

Tabla 21.
Aislamiento social según trastornos mentales

- **Trastorno de ansiedad social**: suelen evitar situaciones sociales o pueden sentirse extremadamente incómodas en ellas debido al miedo al juicio o la crítica de los demás.

- **Trastorno depresivo mayor**: pueden retirarse de las interacciones sociales, perder interés en actividades que antes disfrutaban y aislarse emocionalmente de amigos y familiares.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: pueden evitar situaciones sociales o relacionarse con otras personas debido a preocupaciones y ansiedades excesivas; puede ser una forma de evitar el estrés y la incomodidad social.
- **Trastorno del espectro autista**: es una característica clave de estos trastornos; pueden tener dificultades para comprender y participar en interacciones sociales típicas, lo que puede llevar al aislamiento.
- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden experimentar aislamiento social debido a la presencia de síntomas psicóticos, como alucinaciones o delirios, que pueden dificultar la comunicación y la interacción con los demás.
- **Trastorno límite de la personalidad**: pueden tener relaciones interpersonales inestables y turbulentas, lo que puede llevar al aislamiento social cuando evitan las relaciones o experimentan conflictos frecuentes con otras personas.
- **Trastorno de estrés postraumático**: puede ser una respuesta al trauma experimentado; pueden evitar a otros para evitar desencadenantes de su trauma.
- **Trastorno de ansiedad por separación**: los niños con este trastorno pueden evitar la separación de sus seres queridos y pueden retirarse socialmente como una forma de mantenerse cerca de sus figuras de apego.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo**: pueden experimentar aislamiento social debido a la naturaleza absorbente de sus obsesiones y compulsiones, que pueden interferir en su capacidad para participar en actividades sociales.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.3. Comportamientos compulsivos y obsesivos

Las compulsiones (comportamientos repetitivos) y las obsesiones (pensamientos intrusivos y persistentes) son indicativas de trastornos mentales.

Tabla 22.
Comportamientos compulsivos y obsesivos según trastornos mentales

- **Trastorno obsesivo-compulsivo**: este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.
- **Tricotilomanía y dermatilomanía**: la persona se siente impulsada a arrancarse el cabello o rascarse la piel respectivamente de manera compulsiva y repetitiva.
- **Trastorno del espectro autista**: pueden tener comportamientos repetitivos y rituales que pueden ser considerados compulsivos u obsesivos; estos comportamientos pueden incluir el alineamiento de objetos, la repetición de palabras o frases y la adhesión estricta a rutinas.

- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden experimentar pensamientos intrusivos y repetitivos relacionados con el trauma, los que pueden considerarse obsesiones; los rituales de evitación que utilizan para eludir recordatorios del trauma pueden considerarse comportamientos compulsivos.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden tener comportamientos compulsivos, como la repetición de palabras o gestos, como parte de sus síntomas psicóticos.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**: se caracteriza por preocupaciones excesivas y persistentes que pueden considerarse obsesiones; pueden realizar comportamientos compulsivos, como verificar repetidamente que las puertas estén cerradas o las luces apagadas, en un esfuerzo por aliviar su ansiedad.

- **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**: necesidad excesiva de orden, perfeccionismo y control; pueden tener comportamientos obsesivos y compulsivos relacionados con la organización y el control.

- **Trastorno de ansiedad por separación**: los niños con este trastorno pueden tener rituales de despedida repetitivos y miedo obsesivo a la separación de sus seres queridos.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.4. Desorganización y falta de autocuidado

La incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, como la higiene personal o la gestión financiera, puede ser un signo de trastornos mentales.

Tabla 23.
Desorganización y falta de autocuidado según trastornos mentales

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: se asocia con síntomas de desorganización, que pueden incluir dificultades para mantener la higiene personal, vestirse adecuadamente y mantener rutinas diarias. Las personas con esquizofrenia también pueden experimentar dificultades para organizar sus pensamientos y tareas.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos puede haber dificultades para mantener rutinas regulares y hacer un seguimiento de las responsabilidades diarias debido a la elevada energía y la impulsividad; durante episodios depresivos, la falta de autocuidado, como el descuido en la higiene personal y el desinterés en la apariencia, es común.

- **Trastorno depresivo mayor**: puede llevar a la falta de autocuidado y la desorganización en varias áreas de la vida, incluida la higiene, el mantenimiento del hogar, la alimentación y el sueño; las personas con depresión a menudo pierden interés en las actividades diarias.

- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**: pueden experimentar dificultades para organizarse, mantener rutinas y llevar a cabo tareas de autocuidado debido a la falta de atención y la impulsividad asociadas con el trastorno.
- **Trastorno límite de la personalidad**: pueden mostrar una falta de estabilidad en varios aspectos de sus vidas, lo que puede manifestarse en la falta de autocuidado y la desorganización en sus relaciones, trabajo y actividades diarias.
- **Demencia**: la desorganización y la falta de autocuidado pueden ser síntomas significativos debido a la pérdida de habilidades cognitivas y funcionales.
- **Trastornos del espectro autista**: pueden tener dificultades con la organización y la rutina, lo que puede afectar su capacidad de cuidar de sí mismas en áreas como la higiene y la alimentación.
- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden tener dificultades para llevar a cabo actividades de autocuidado debido a la distracción y la evitación de situaciones relacionadas con el trauma.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.5. Conducta de riesgo

La participación en comportamientos peligrosos o de alto riesgo, como el abuso de sustancias, la promiscuidad sexual o la conducción temeraria, puede estar relacionada con trastornos mentales.

Tabla 24.
Conducta de riesgo según trastornos mentales

- **Trastorno límite de la personalidad**: pueden participar en conductas de riesgo, como autolesiones, comportamientos impulsivos (como el consumo excesivo de alcohol o drogas) o comportamientos suicidas, como resultado de su inestabilidad emocional y sus dificultades para regular las emociones.
- **Trastornos de la alimentación**: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o el trastorno por atracón pueden llevar a conductas de riesgo, como restricción alimentaria extrema, purgas, ejercicio excesivo y autolesiones como forma de controlar el peso y aliviar la angustia emocional.
- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden participar en conductas de riesgo, como el abuso de sustancias, el comportamiento automutilante o la impulsividad, como una forma de lidiar con la angustia y los síntomas relacionados con el trauma.
- **Trastorno bipolar**: durante episodios maníacos pueden mostrar comportamientos de riesgo, como el gasto excesivo, la promiscuidad sexual o la toma de decisiones impulsivas que pueden poner en peligro su seguridad y bienestar.

- **Trastorno depresivo mayor**: puede llevar a pensamientos suicidas y comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias o el aislamiento social.
- **Trastorno de personalidad antisocial (psicopatía):** pueden mostrar comportamientos de riesgo, como la conducta delictiva, la falta de remordimiento y la falta de empatía por los demás.
- **Trastorno de estrés agudo**: después de un evento traumático, pueden participar en conductas de riesgo como una forma de afrontamiento, como el abuso de sustancias o la promiscuidad sexual.
- **Trastorno por consumo de sustancias**: el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas en sí mismos se considera un trastorno mental y, en este contexto, las personas a menudo se involucran en conductas de riesgo asociadas con la obtención y el consumo de sustancias.
- **Trastorno límite de la personalidad**: pueden tener conductas impulsivas y autolesiones como una forma de manejar la inestabilidad emocional y la sensación de vacío.
- **Trastorno del espectro autista**: pueden participar en conductas de riesgo debido a las dificultades en la comprensión de las normas sociales y las consecuencias de sus acciones.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Hortal, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.6. Autolastimarse

La autolesión, como cortarse o quemarse a sí mismo, es un comportamiento preocupante que a menudo está relacionado con trastornos mentales.

Tabla 25.
Autolastimarse según trastornos mentales

- **Trastorno límite de la personalidad**: la autolesión como cortarse, quemarse o golpearse, es un síntoma común en este trastorno; estos comportamientos pueden ser una forma de aliviar el dolor emocional o una manera de expresar emociones difíciles de manejar.
- **Trastornos de la alimentación** como anorexia nerviosa o bulimia nerviosa: pueden recurrir a la autolesión como una forma de expresar la angustia emocional asociada con estos trastornos, aunque no es un síntoma característico.
- **Trastorno de ansiedad social**: pueden recurrir a la autolesión como una forma de liberar la tensión y la ansiedad antes o después de situaciones sociales.
- **Trastorno por estrés postraumático**: pueden recurrir a la autolesión como una forma de lidiar con la angustia emocional y el estrés asociados con los recuerdos traumáticos.

- **Trastorno de identidad de género**: en la disforia de género pueden recurrir a la autolesión como una forma de lidiar con la angustia asociada con la discrepancia entre su identidad de género autopercibida y el sexo asignado al nacer.

- **Trastorno depresivo mayor**: pueden autolesionarse como una forma de liberar la tensión emocional o sentir algo cuando están emocionalmente adormecidas.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.7. Cambios en el patrón de sueño y alimentación:

Los cambios significativos en los patrones de sueño y alimentación pueden ser síntomas de trastornos mentales.

Tabla 26.
Cambios en el patrón de sueño y alimentación según trastornos mentales

- **Trastorno depresivo mayor:** pueden experimentar insomnio o hipersomnia y una disminución o aumento del apetito.

- **Trastorno bipolar**: durante episodios de depresión pueden cambiar de manera similar a lo que se observa en la depresión mayor; durante los episodios maníacos, el sueño puede disminuir significativamente y puede haber una disminución del apetito.

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** pueden experimentar dificultades para conciliar el sueño o mantener un patrón de sueño regular debido a la ansiedad; también pueden experimentar cambios en el apetito, como pérdida de apetito o comer en exceso por ansiedad.

- **Trastornos de la alimentación**: la anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción extrema de la ingesta de alimentos, mientras que la bulimia nerviosa implica episodios de atracones seguidos de comportamientos compensatorios, y el trastorno por atracón se caracteriza por episodios de atracones sin conductas de purga. **Trastorno por estrés postraumático**: las pesadillas y los problemas para dormir son síntomas comunes de este trastorno; también puede haber cambios en el apetito como resultado del estrés y la ansiedad.

- **Trastorno del sueño relacionado con la narcolepsia**: este trastorno se caracteriza por una somnolencia diurna excesiva y puede llevar a cambios en los patrones de sueño nocturno.

- **Trastorno del espectro autista**: pueden experimentar dificultades para establecer patrones de sueño regulares y pueden tener preferencias alimenticias específicas.

- **Trastorno de estrés agudo**: pueden experimentar dificultades para dormir y cambios en el apetito como parte de la respuesta al estrés.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

10.3.8. Cambios en la comunicación

Las alteraciones en la comunicación verbal o no verbal, como hablar incoherentemente, gesticular de manera extraña o experimentar bloqueos en el habla, pueden ser indicativos de trastornos mentales.

Tabla 27.
Cambios en la comunicación según trastornos mentales

- **Trastorno del espectro autista**: uno de los síntomas clave de este trastorno es la dificultad en la comunicación social; pueden tener dificultades para comprender las señales sociales, como el lenguaje corporal y las expresiones faciales, y para establecer relaciones sociales; algunos pueden tener dificultades en el desarrollo del lenguaje verbal, mientras que otros pueden tener un lenguaje verbal fluido, pero con dificultades para mantener conversaciones significativas.
- **Trastorno del lenguaje expresivo**: se caracteriza por dificultades significativas en la expresión verbal, lo que puede manifestarse en problemas con la gramática, el vocabulario y la construcción de frases; puede interferir en la capacidad de una persona para comunicarse efectivamente.
- **Trastorno de comunicación social** (anteriormente conocido como trastorno de pragmática del lenguaje): implica dificultades en la comunicación social, como la falta de comprensión de las normas sociales en las conversaciones, el turno de hablar y la interpretación de las intenciones de los demás en la comunicación.
- **Trastorno de la comunicación no verbal**: el lenguaje corporal y las expresiones faciales en las personas con esquizofrenia pueden mostrar expresiones faciales inapropiadas o limitadas en la comunicación.
- **Trastorno de ansiedad social**: pueden experimentar dificultades en la comunicación verbal y no verbal en situaciones sociales debido a la ansiedad y el temor al juicio de los demás.
- **Trastorno de personalidad esquizotípica**: pueden tener patrones de comunicación inusuales, como la exhibición de pensamiento mágico o pensamiento paranoide.

- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**: pueden presentar disminución en la capacidad de expresarse de manera coherente o en la comprensión de la comunicación de los demás.

- **Trastorno de la personalidad esquizoide**: pueden mostrar una falta de interés en las relaciones sociales y la comunicación interpersonal.

- **Demencia** (como la enfermedad de Alzheimer): dificultades para encontrar palabras, comprender la conversación y mantener el seguimiento de las interacciones sociales.

Nota. Elaboración propia a partir de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008); Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014); Capponi, R. (1987); Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013); Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006); Ortiz-Tallo, M. (2013); Oyebode, F. (2016); Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014); Vallejo, J. (2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuriaguerra, J. (2004). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Editorial Masson.

Alarcón, R., Mazzotti, G. y Nicolini, H. (2012). *Psiquiatría*. Organización Panamericana de la Salud.

Almonte, C. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Editorial Mediterráneo.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision.* Washington, DC, American sychiatric Association.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología*. McGrawHill.

Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.

Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Universidad Católica de Chile.

Eguiluz, I. y Segarra, R. (2013). *Introducción a la psicopatología*: *una visión actualizada*. Editorial Médica Panamericana.

Gómez-R, C. (2008). *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Editorial Panamericana.

Hales, R., Yudofsky, S. y Gabbard, G. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*, Elsevier Masson

Jarme, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Editorial UOC.

Stern, T., Fava, M., Wilens, T. y Rosenbaum, J. (2016). *Tratado de psiquiatría clínica*. Masachusetts General Hospital.

Moore, D. y Jefferson, J. (2005). *Manual de psiquiatría médica*. Editorial Elsevier.

Ortiz-Tallo, M. (2013). *Psicopatología clínica, adaptado al DSM-5*. Ediciones Pirámide.

Oyebode, F. (2016). *SIMS Síntomas mentales. Manual de psicopatología descriptiva*. Editorial Elsevier.

Palacios, C. (2018). *Psiquiatría*, ECOE Ediciones.

Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría clínica*, Editorial Wolters Kluver.

Valderrama, L., Castaño, O. y Castro, J. (2014). *Manual de semiología psiquiátrica*. Editorial Universidad de Caldas.

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson. Madrid.