

TEMA 1: MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Formas de conocimiento de la realidad

- . Conocimiento autoritario (fiarse de alguien con mayor experiencia)
- . Conocimiento místico (Intuición) Percepción pensamiento automático o súbito relacionado con las emociones.
- . Sentido común: conocimiento empírico de la experiencia cotidiana.
- . Filosofía: Deducen cosas según la razón

Concepto de Ciencia

Es un conocimiento más exigente que los anteriores y es un proceso.

Ciencia

Se caracteriza por un método y por un objeto de conocimiento, ambos dan lugar a un grado de *matematización* y una terminología propia.

EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA =

Conducta: Acción de un organismo en su entorno

Método Científico

Es el procedimiento mediante el cual podemos analizar un conocimiento objetivo de la realidad.

Características de un método científico

* Sistemático

* Control

Si no existen sistematizaciones y control no es ciencia

Otras Características

El MC es empírico (basado en la evidencia), teórico, falsable, atiende a reglas metodológicas, es un conocimiento conductivo y deductivo tiene formulaciones de tipo universal.

Equivocaciones sobre la MC

- No tienen en cuenta los sentimientos. Los convierte en ROBOTS
- Con la MC los pacientes solo harán tareas si se los recompensa, pérdida de interés.
- La MC es Psicología y la Psicología es lo mismo que el Psicoanálisis.
- La MC supone manipulación y no es ético.
- La MC funciona a través de castigo y adversión

- La MC no tiene en cuenta la herencia ni las variables orgánicas.
- Además de terapeuta tengo que hacer de psicólogo.

INICIOS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

DARWING :1859–71 Concepto de adaptación especies

SECHENOV 1865 La conducta se explica mediante reflejos del cerebro.

PAULOV 1902 Reflejos Condicionales

WATSON 1913 Contra la Introspección.

M. C. JONES 1924 Usa la comida para eliminar una fobia.

EYSENCK 1952 Estudios de evolución de la Psicoterapia

WOLPE 1958 Crea la Desensibilización sistemática (1º técnica de la MC)

SKINER 1957 Trata a Psicóticos

EYSENCK 1960 *BEHAVIOR THERAPY* (Terapia de Conducta)

Tipo de Técnicas de Modificación de Conducta

Tecn Operantes (Skinner)

Tecn de Manejo de Contingencias

ANTECEDENTES _____ RESPUESTA _____ CONSECUENCIAS

La Tecn. de manejo de contingencias influye entre la respuesta y la consecuencia.

Economía de Fichas

Tareas bien hechas _____ FICHA (al final de un tiempo se cambian las fichas por *Premios*)

Contrato de Conductas

Especifica la reacción de una respuesta y una consecuencia por escrito.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Entrenamiento que se basa en el condicionamiento observacional o por modelos.

Técnicas Cognitivas

Reestructuración cognitiva

Inoculación de estrés (IE) AUTOINSTRUCCIONES

Tecn de solución de problemas

Intención paradójica (prescripción del síntoma) (prescribir lo contrario)

Tecn de reducción de Ansiedad

Tecn de Ansiedad

Desensibilización sistemática e inducción

Tecn Relajación e Hipnosis

Otras Técnicas

Alarma de orina

Control de estímulos

Saciación

BIOFEEDBACK (conjunto de tecn que consisten en monitorizar respuestas automáticas)

Terapia Sexual

Terapia de Pareja y Familia

Aprendizaje

Es el cambio de conducta en la conducta ocasionando por la experiencia.

Modificación de Conducta

Conjunto de técnicas derivadas de la Psicología del aprendizaje y de otras disciplinas de la Psicología científica. (Pej/ Psicología social o cognitiva). Que se aplican a la evaluación y cambio de conductas socialmente relevantes.

TEORÍA DE LA CONDUCTA

Modificación de Conducta Terapia de Conducta

– Tecn con base operante Skinner – Tecn Condicionante básico

(condicionamiento operante)

– Cuando usamos otras tecn, otros – Utilizaciós otras tecn en un contexto medios más amplios Clínico Psicopatología

– Nivel generalizado de intervención – Nivel especializado de intervención

Tipos de Condicionamiento

– Condicionamiento Clásico

– Condicionamiento Operante (Refuerzo–Castigo)

– Condicionamiento Vicario

Def de CASTIGO: Cualquier proceso que provoca una de probabilidades de respuestas.

Respuesta + reforzador + Reforzamiento +

Respuesta + reforzador – Castigo + (por estímulo)

Respuesta – reforzador + Castigo – (quitando un estímulo)

Respuesta – reforzador – Reforzamiento –

$R (+) \times r (+) = +$ Reforzamiento +

$R (-) \times r (+) = -$ Castigo –

$R (-) \times r (-) = +$ Reforzamiento –

$R (+) \times r (-) = -$ Castigo +

Reforzador Estímulo

Reforzamiento proceso

Reforzador – Estímulo de una respuesta la emisión de una respuesta.

Técnica de extinción (operante) (R_C)

Es el proceso de disminuir hasta desaparecer una respuesta al dejar de aparecer las consecuencias que aparecían en una aprendizaje previo.

Lo que ocurre antes a las respuestas R son E (estímulos discriminativos)

Estímulo Discriminativo:

Es algo que nos avisa de que contingencias están disponibles en el ambiente.

Ej/ Semáforo E__R__C

E no está disponible el estímulo.

EVALUACIÓN= MEDIR

- ¿ En qué condiciones ocurre? (antecedentes)

Evaluación Conductual

– Objetivos

– Observación

Es una evaluación sistemática – Registro

- Manejo de datos

Características de la observación sistemática

Requiere que la **conducta esté operativizada** es decir *tener una definición operativa de la conducta*.

Def: para que 2 observadores independientes puedan sin lugar a dudas decidir si una respuesta se ha dado o no. (conducta comportamiento y respuesta son sinónimos)

- Tenemos que tener claros los objetivos de nuestra observación.
- Tenemos instrumentos específicos para la observación.

- R fisiológicas _____ Polígrafo

- R Conductas motoras __ Vídeo (análisis de emociones) FACS

- R Registro de papel y lápiz

- Requiere no dejarse influir por sentimientos valores o prejuicios
- Es muy importante cuantificar
- Fiabilidad: Estabilidad de la media

Evaluar: Asignar puntuaciones de una variable

Valoración: Evaluar y emitir juicios

Intervención: Colocar algo con el fin de conseguir algo

Etapas de la intervención

- Metas de la observación

- Selecciono una conducta objetivo

- Operativizar

- Escoger tipo de observación, lugar, tiempo de registro, observadores

- Diseñar la hoja de registro y sist de codificación

- Registrar

- Graficar línea base (*Línea base de observación*: que se da antes de iniciar el tratamiento y nos dice en que nivel está esa respuesta)

- Análisis topográfico y funcional

- *Topográfico*: Análisis con la forma de las respuestas.
- *Funcional*: Relación de estas respuestas con otras.

- Intervención (no se deja de registrar (proceso de toma de decisiones))

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (MC) ES UN CASO ÚNICO = N = 1

Registro de intervención

Frecuencia: Por cada respuesta cada respuesta que se produce marco respuesta.

Intervalos: Solo marco una vez se produzca la respuesta en un periodo de tiempo nos es igual que se repita o no la conducta.

Aspectos a registrar en una conducta tipos de variable

- Si se dá o no se dá una respuesta (ocurrencia)
- ¿Cuántas veces ocurre? (Frecuencia)
- ¿ Cuanto tiempo dura una respuesta (Duración)
- ¿ Con qué intensidad se produce?
- ¿ Cuándo ocurre?
- ¿ Donde?
- ¿ Cuánto tarda? (latencia)
- ¿ Qué ocurre después? (consecuentes)

Reglas para la línea base

- Mínimo de 3 días + 1 día por cada 10% de variabilidad
- Sí encontramos datos cíclicos agrupar curvas.

Posibles casos

Tiempo mínimo de registro 2 semanas (mejor 4 semanas)

- Que voy a observar
- Operativizar la respuesta
- Escoger las hojas de registro
- Explicar el procesamiento observado
- Observación y registro
- Grafica/as
- Evaluar la fiabilidad del registro
- Comentario de grafica /as
- ¿q ha supuesto para mí la experiencia de registro? (reactividad sobre lo que se observó)

Fiabilidad: Bondad o no (si vale o no)

METODO DE MEDIDA	INDICE DE FIABILIDAD	RANGO DE VALORES	VALORES ACEPTABLES
Frecuencia	IF= menor F /mayor frecuencia observada	0 a 1	> 0.8
Duración	Menor duración / Mayor duración	0 a 1	> 0.8
Intervalos	Nº de acuerdos / Nº de observaciones	0 a 1	> 0.8

Si la conducta es poco frecuente -40% de los intervalos	IF corregido Nº de desacuerdos en apariciones / Total de apariciones	0 a 1	> 0.8
---	---	-------	-------

REFORZAMIENTO

Reforzadores:

Estímulo consecuente de la respuesta con efecto sobre ellos

Tipos de Reforzadores

- **MATERIALES:** Obtendrán comida; dulces, dinero (generalizado), interrumpen la conducta.
- **SOCIALES:** Obtienen alabanzas, muestras de cariño son muy fáciles de interiorizar, no interrumpen la conducta, no hay dificultad de almacenamiento.
- **DE ACTIVIDAD:** Interrumpen el entrenamiento que estamos llevando a cabo (hacer algo juntos)

Características de un reforzamiento útil o eficaz

- 1.- Resistente a la saciación
- 2.- Alternar el tipo de
- 3.- Que las sesiones sean cortas
- 4.- Que pueda graduarse en cantidad y administrarse en cantidades pequeñas puesto que es muy importante incentivar los avances.
- 5.- Es importante que se pueda administrar simultáneamente después de la conducta (el social es el mejor y más indicado)
- 6.- Para obtener objetivos a largo plazo utilizaremos la economía de fichas
- 7.- La administración ese reforzador tiene que estar solo bajo nuestro control
- 8.- Los reforzamientos han de ser saludables o compatibles con la filosofía general del tratamiento.

Los reforzadores no han de ser costosos, ni en dinero ni en esfuerzo tuyo.

Privación y Saciedad

Podemos manipular una situación mediante privación y saciación , cuanto más tiempo llevamos sin aplicar un reforzador más intensidad y probabilidad de emisión.

Olvido

Es la disminución de una respuesta como resultado de la emisión de dicha respuesta durante un largo periodo de tiempo (el procedimiento de olvido consiste en impedir la emisión de respuestas durante un largo periodo de tiempo, hay una falta de oportunidad para responder)

Programas de reforzamiento

Hacer más estables las respuestas

R ___K___ C K Contingencia

DE AZAR

Reforzamos a un cierto tiempo, no todas las respuestas (RF) razón fija (RV) razón Variable (como media)
RV: es el promedio de respuestas para que sea un nº fijo.

RV3 RRR RR R RRRRRR

$$+3 + 2 + 1 + 6 = 12 \quad 12/4 = 3 \quad \mathbf{RV=3}$$

Sí se sube con mucha velocidad la cantidad de respuesta produciremos *EXTINCIÓN*

DE INTÉRVALO

- Que se dé la respuesta
- Qué se dé en un intervalo de tiempo

(IF 5´) Intervalo fijo 5sí no hay respuesta incentivamos con un reforzador, respuesta disparada.

(IV5´) la media es los X min. (respuesta variable)

Clase de respuestas

Es una agrupación o conjunto de respuestas que tienen al menos una característica en común, que surten el mismo efecto.

Clase de estímulo

Un conjunto de estímulos con algo en común y si uno dispara un estímulo, este estímulo elabora una respuesta.

Reforzamiento diferencial

Estímulos de una misma clase de respuesta reforzamos a unos sí y otros no ej/ aprendizaje del lenguaje.

Un niño ve un águila y dice pato, se le da por bueno que es una generalización, si avanza en edad y tiene asentada la palabra águila y dice pato provoco una extinción por ausencia de estímulos y su dice águila utilizo una respuesta positiva.

Discriminación Ciertas respuestas en un ambiente X se refuerzan y otras respuestas en otro ambiente no.

E ___ R___ C

Patio___ salta ___ Animo

Hospital ___ salta ___ Carencia de reforzamiento

Reforzamiento diferencial

Entrenamiento discriminativo y control de estímulos

Gradiente de reforzamiento

Generalización del estímulo y de la respuesta

Silla ____ Torno Dentista generalización de estímulos

Patio ____ Salto Ánimo Generalización reforzamiento

Control de estímulos

Cuándo un estímulo en una situación dispara una respuesta

Para provocar respuesta en condicionamiento Operante

Inductores o Instigadores :

Eventos que ayudan a iniciar una respuesta, son siempre estímulos antecedentes no son consecuentes. Ej/
gestos, instrucción (guiño físico (gimnasio) indicaciones corporales para saber lo que tienes q hacer

Condicionamiento Clásico

Estímulo Incondicional _____ R incondicional

EI RI

(soplar en el ojo) Reflejo parpebral

Modelado o Aprendizaje por modelos

Estos inductores pueden llegar a convertirse en estímulos discriminativo, pueden ser gestos, instrucciones, guía, física, modelado.

Sería deseable el retirar los instigadores a lo que denominamos *Desvanecimiento* para que el propio organismo produzca a respuesta sin hacer más o menos de guía.

Por que el objeto es que la conducta se mantenga sin reforzadores.

Técnicas basadas en el Reforzamiento para adquirir conductas complejas

- Moldeamiento
- Encadenamiento

1) Moldeamiento o método de Aproximaciones sucesivas

Se utiliza cuando el paciente no tienen en su repertorio alguna conducta pero si tiene una conducta parecida en su respecto

Repertorio de Conducta

Es en conjunto de conductas que ha aprendido un paciente

A la conducta objetivo la denominamos **Conducta Terminal** y de donde partimos la denominamos **Conducta inicial**

La base del moldeamiento es realizar sucesivas veces reforzamiento diferencial

Ej/ Moldeamiento el lenguaje logopeda con los Laringoectomizados

Emitir R_____ Refuerzo + _____ R

Proceso de procesamiento diferencial que hacen que cada vez la respuesta se parezca más a la respuesta terminal.

2) Encadenamiento

Es una técnica que requiere **que la respuesta pueda dividirse en pasos.**

Análisis de conducta compleja y ordenar por pasos.

Son respuestas complejas que deben dividirse en eslabones.

Encadenamiento

– Hacia delante

– Hacia atrás

Encadenamiento hacia Atrás

End _____ Rn _____ Cn

Ed Presento el zapato y solo tiene que tirar para desatarlo

Rn Tirar

Cn Reforzamiento +

Al tenerlo un poco aprendido, se le presenta el eslabón anterior hasta que lleguemos al paso 1º y después se realizan todos los pasos.

Hacemos más ensayos y tienen más aprendido lo del final

El **Reforzamiento** solo se da al final de todos los eslabones (no detrás de cada eslabón) Enid te avisa de que si realizas la conducta te reforzará.

Encadenamiento hacia delante

E _____ R1 _____ C

Ej/ ver los zapatos _____ raerlos hacia mí _____ refuerzo

E ____ R1 ____ C

E, ____ R2 ____ C

Es más difícil la Expectancia del 1º reforzamiento acostumbrado al de 1º respuesta con emitir la 2º respuesta.

En el lenguaje se suele usar mucho el encadenamiento

PASOS A TENER EN CUENTA AL APLICAR ENCADENAMIENTO EN UN PACIENTE

- Analizar la secuencia de conductas a conseguir.
- Evaluar si está cada eslabón en el repertorio de conductas del sujeto
- Decidir si empezamos por el último eslabón (hacia atrás) o por el 1º (hacia delante)

Reforzadores que se puedan introducir en el encadenamiento (Hacia delante)

- Instrucciones
- Reforzadores Sociales (no interfiere con que siga emitiendo conducta)

El *encadenamiento* se usa mucho en las AVD y en el ámbito de la EE (educación especial)

El *moldeamiento* (para respuestas simples) y el *encadenamiento* (para las respuestas de toda la cadena) Son complementarios.

GENERALIZACIÓN DE CONDUCTA

Es emitir la conducta en otros ambientes distintos a los que se ha aprendido algo.

Podemos hacer para promover la *generalización de la conducta*

- Enseñar conductas que se refuercen en la vida cotidiana.
- Coordinación con personas relevantes en la vida del paciente
- Es bueno recurrir a varios entrenadores (habla con distintos terapeutas ,personal de enf, ect...)
- Variar la situación de entrenamiento, pero manteniendo la misma conducta
- Es bueno variar los reforzadores para no saciarle con un solo reforzador
- Retrasar progresivamente el reforzamiento. Al comienzo de un entrenamiento, el reforzamiento tienen que ser inmediato y luego lo vamos aplazando.
- Intentar que el paciente no distinga las situaciones de entrenamiento de las que no lo son. Es bueno que se parezca más a las condiciones cotidianas.
- Reforzar la generalización espontánea del sujeto, Apoyarle en establecer conductas reforzadas.
- Utilizar conductas que ya sabe la persona por reforzarla
- Planificación *Sesiones de recuerdo* (tener un seguimiento con los pacientes para después de pasado un tiempo, retorna una sesión para trabajar la misma)
- Fomentar el uso de *Técnicas de autocontrol* por parte del paciente

(registros de conductas)

ECONOMÍA DE FICHAS

Se usa en 2 situaciones:

- Trabajo con niños o personas con algún déficit cognitivo por lo atractivo de las fichas (estrellas, lunas,

puntos, ect...)

- En instituciones cerradas puede controlar todos los reforzadores que llegan al sujeto.

La Economía de fichas más vale para evitar el problema de *saciedad de un reforzador*. Consiste en hacer un listado de conductas deseables y les damos un valor en fichas. También hay un listado de conductas indeseables que les van restando fichas, también hay que hacer un listado de reforzadores posibles que le agraden al paciente y se pueden conseguir mediante el canje por fichas. Hay que determinar el día de canje por reforzadores, (no se recomienda hacerlo a diario, mejor un día a la semana).

Los reforzadores pueden ser de actividad o manuales, sociales no porque se los damos nosotros continuamente.

Se revisa los puntos que se obtienen por conducta y los puntos que se obtienen por reforzadores (semanal o quincenalmente) y vas modificando el valor de cada tarea (poniendo otras tareas o rebajándole valor). Se pueden usar: tarjetas, vales, adhesivas, ect...

Es obligatorio hacer gráficas para ver como evoluciona la conducta del paciente.

Inconvenientes: Requiere un control de conducta muy grande. La economía de fichas no es incompatible con el reforzamiento social.

CONTRATOS DE CONDUCTA

Explica por escrito un programa de reforzamiento, una relación del cociente de R_C o por el cociente de R_R . Explica las contingencias (R_k_C) que están presentes, las consecuencias que vas a recibir al realizar una conducta.

2 tipos de conducta

- Los que por hacer determinada R se obtiene tal C $R-C$
- Los Quid pro Quo= es una conducta que te doy a cambio de una conducta que das tú.

La conductas es conveniente que hasta por escrito que se especifique la conducta a conseguir y especificadas. Las consecuencias derivada de la conducta.

Es importante que se negocie el contrato es más efectivo, un contrato negociado que impuesto.

Tipo de conductas que serían deseables

- Hacer tareas
- Respeto a los otros
- Conductas Sociales

DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS

Disciplina: Relacionada por criterios terapéuticos

- Cuidar la relación con el paciente
- Ser coherente

Dividir las conductas en distintos tipos

- Conductas adecuadas Conductas que no interesa que se da +
- Conductas inadecuadas Conductas que interfieren en el proceso terapéutico
- Conductas inaceptables Agresividad intensa, destrozar el material.

¿Por qué? Se plantea una conducta inadecuada

- Emite una conducta inadecuada por que no se sabe hacerlo de otra manera, habrá que proporcionarle armas adecuadas por diversos métodos ej/ Encadenamiento, Moldeamiento...
- Modelos de conducta inadecuada. Tenemos que cambiar la conducta al modelo o cabecilla
- Conducta inadecuada que tiene un efecto positivo
- Tipo de ideas que tiene alguien sobre algo Esquema cognitivo

Orden de las Técnicas a la hora de disminuir conductas

- Extinción
- Técnicas de reforzamiento de castigo negativo (coste de respuesta)
- Tiempo fuera de reforzamiento (Castigo negativo)
- Saciación
- Sobrecorrección
- Castigo + (técnicas aversias)

EXTINCIÓN

Es la más deseable por que tiene menos efectos secundarios . No administrar las consecuencias que administramos a una conducta de un paciente provocando con ello la disminución y desaparición de la respuesta.

R_____ C Quitar las consecuencias o reforzamiento a la respuesta.

Estas técnicas solo vale cuando las consecuencias dependen de ti

Cuando se da un *Rebote de respuesta* has de ser capaz de aguantarlo.

Una vez extinguida una respuesta puede reaparecer y se le denomina *recuperación espontánea* y se debe a algún cambio en el ambiente.

No se hace extinción de personas sino de respuestas. Se puede aplicar extinción solo o combinándolo con otras técnicas.

EXTINCIÓN + REFUERZO DE LA OMISIÓN

Conducta alternativa es la conducta deseable para evitar y favorecer la extracción de la conducta inadecuada

Factores que facilitan o dificultan la extinción

Facilitan

- Que la conducta tenga un origen reciente
- Que haya estado bajo un programa de reforzamiento continuo se extingue más rápido que si se hace intermitente
- Que la conducta a extinguir requiera esfuerzo por parte del paciente
- El refuerzo de las alternativas adecuadas a estas conductas

Consejos de cómo aplicar la técnica

- No hacer extinción hasta que estemos seguros de que se va a mantener hasta el final.
- Ser constantes en la extinción de conducta
- Puede ser útil explicar al paciente lo que se va a hacer
- Identificar los reforzadores que mantienen la conducta problema
- Deseamos el cese inédito de la conducta
- No aplicar nunca extinción ante una conducta peligrosa
- Cuando no podamos tolerar el aumento temporal de la respuesta

Como mantenernos en extinción como TO

- Usar autoinstrucciones (sustituir el discurso interno)
- Desviar la atención del paciente fijándonos en otros estímulos
- Utilizar técnicas de relajación (respiración diafragmática).
- Si ponemos normas no está indicada la extinción.

Ventajas de la Extinción

- Es una técnica muy eficaz
- Funciona por que tiene efecto duradero, las técnicas de castigo +, no son efectivas porque no son duraderas
- No tienen efectos secundarios que tienen las técnicas de castigo +

TÉCNICAS BASADAS EN REFORZAMIENTO DIFERENCIAL

Reforzamiento Diferencial de Tasa Baja (RDTA)

Consiste en reforzar al paciente según baja la tasa de respuestas según los niveles de línea base, las ventajas de esto es el reducir una respuesta sin eliminarla.

Esto es el reducir una respuesta sin eliminarla.

Esto es especialmente útil en conductas que son desadaptativas a una intensidad adecuada.

- Método de intervalo
- Método de la sesión completa

1.- Método de Intervalo

Se establece en intervalos donde permita un intervalo de respuestas y gradualmente vamos ampliando el tiempo.

2.- Método de Sesión Completa

El intervalo temporal es fijo y voy reduciendo el nº de respuestas

Estas técnicas no se utilizan nunca en conductas peligrosas agresivas y autolesivas

Ej/ portarse bien juego

- Es importante escoger reforzadores adecuados

- Inmediatez en el reforzamiento
- Cuando se aplique el reforzamiento que no coincida con la conducta inadecuada
- Se puede combinar con estímulos discriminativos (gráficos con tasa de respuesta)
- Al comienzo del 1º criterio de reforzamiento (no de respuesta permisible) han de estar ligeramente por debajo de la línea base.
- Importante fijar la conducta meta (bajar la conducta a cero o dejarla en un número aceptable)
- Los cambios han de ser graduales
- Esta técnica es combinable con *coste de respuesta* (castigo –)

Aplicar penalización para evitar las grandes desviaciones.

Reforzamiento Diferencial de otra conducta RDO

Consiste en administrar reforzamiento cuando no se produce una conducta. A esto se le denomina también *Entrenamiento por Omisión*. Es una técnica lenta de cambio de conducta

Penalización en la RDO

Si se dan muchas respuestas se coloca un coste de respuestas (que va a tener un tiempo sin reforzador).

Es importante que esta técnica la aplicaremos a todas las situaciones o distintos contextos por que sino estamos incentivando que la conducta se dé en un contexto y otros no.

Reforzamiento Diferencial de Respuestas Incompatibles RDI

Consiste que en lugar de reforzar la no aparición de respuestas reforzamos una respuesta incompatible (que no se puedan dar a la vez la respuesta inadaptativa y la nueva respuesta) Ej./ Llorar– Reír.

¿Cómo se haría?

Haremos un listado de respuestas que consideramos incompatibles a la conducta a eliminar.

- Buscamos respuestas que estén en el repertorio del sujeto más que enseñarle cosas nuevas.
- Preferimos respuestas útiles o saludables.
- Las que se puedan mantener en un ambiente natural.

Si la conducta es peligrosa o requiere un cese inmediato no utilizaríamos solo RDI, si queremos conseguir este resultado debemos usar RDI + *Coste de Respuesta* si algunas de las respuestas no las conoce el sujeto, se las enseñaremos por modelado, moldeamiento y encadenamiento, ect

Azrin a esto la ha llamado ***Entrenamiento en reacción de Competencia***

Entrenamiento con Reacción de Competencia

Las respuestas competidoras deben de:

- Impedir la conducta antes de que se dé
- Que se pueda realizar esta conducta competidora en público sin que resulte rara.
- No obstaculizar las tareas cotidianas
- Lo fundamental según **Azrin** es que la respuesta competidora ha de hacer consciente al paciente de que no está emitiendo la respuesta a eliminar.
- Esta reacción de competencia se realiza cuándo estás realizando a conducta inadecuada.

- Cuando tengo ganas de ejecutar la conducta también realizo la reacción de competencia.
- El tiempo que se usa para evitar la conducta es entre 2 y 3 minutos,
- El tiempo que dure la respuesta hemos de ser constantes en evitar realizar la respuesta Ej/ picar, dejar de rascarme cuando existe un picor nervioso

Una variación de esta técnica es la técnica de la *Tortuga* que es un RDI para niños y sirve para tratar rabietas o conducta agresiva es de *Shaider y Rovi* consiste en un cuento con juego, la tortuga ha de tener la edad y el sexo del niño para que sirva por modelado también hay que dividir la descripción de la conducta problema que tenga el chaval, le dices que cuando tenga ese tipo de impulsos la tortuga se mete dentro del caparazón y se le dan *Autoinstrucciones*.

Después del cuento nos inventamos una conducta gestual esconderse en el caparazón que es una respuesta incompatible a su agresividad.

Podemos contarlo en grupo para que el resto de personas del grupo interactúen avisando de que al darse la respuesta nos indiquen que debemos realizar la respuesta incompatible.

COSTE DE RESPUESTAS

Es una técnica de castigo negativo; sería un procedimiento que consiste en las pérdidas de cantidades especificadas de un reforzador previamente adquirido como consecuencia de emitir conductas inadecuadas.

Tipos de Pérdidas

- Reforzador material (dinero)
- Alimento
- Juguete
- Actividad reforzante (sesión de juego, cine, fumar...)
- Pérdida de ficha o puntos dentro de una economía de fichas.

Aplicaciones de Coste de Respuesta

Una vez que el paciente emita una conducta inadecuada, se quita el reforzador pero no hecha la bronca ni reprimendas.

Es muy importante que el reforzador que quitemos sea valioso para el paciente y no pueda ser remplazado por otro reforzador.

Es importante que la retirada de reforzador sea proporcional a la conducta inadecuada.

Es importante el registro mientras que se usa la técnica, esta aplicación de coste de respuesta a de ser lo más inmediato posible, reforzar conductas adecuadas inmediatamente y con un reforzador consistente. No amenazar con cosas que no vas a conseguir y no amenazar para que sufra.

Ventajas

Suele producir una reducción rápida y eficaz de las conductas que suelen tener efectos duraderos.

No tiene los efectos negativos del castigo positivo

Fomenta el autocontrol

Se combina con facilidad con economía d fichas.

Inconvenientes

Puede generar conductas de escape o agresión.

Pacientes acostumbrados a perder reforzadores habitualmente no van a tener cambio de conducta, con estos habría que ofrecerles otra posibilidad de que gane reforzadores para poderlos retirar.

TIEMPO FUERA DE REFORZAMIENTO

Es una técnica de castigo negativo. Es un procedimiento mediante el cual retiramos al paciente durante un periodo de tiempo limitado y específico de un ambiente reforzante, contingentemente (cada vez que)emita una conducta inadecuada, para colocarlo en un ambiente no reforzante. No retiramos un reforzador sino tiempo de disfrute o posibilidad de acceso de un reforzador.

Tipos de Tiempo fuera

Tiempo fuera Observacional

.Retirarlo de la actividad pero puede seguir observando el inconveniente de esto es el control de que se mantenga de la actividad.

Tiempo fuera de Exclusión

Seguimos dentro de la misma, solo que no puede seguir observando la actividad

Tiempo fuera de Aislamiento

Colocarlo en otro lugar y ese otro lugar es otra sala

El tiempo fuera puede valer para conductas de actividad.

Duración del tiempo fuera

El tiempo fuera pierde su efectividad, si es demasiado largo, si el tiempo es demasiado largo; Si el tiempo es demasiado largo se le ocurren otras actividades reforzantes y no es efectivo en conductas como chillar, llorar, otro es el + en calmarse + un tiempo equivalente.

Para niños un minuto por año.

Los tiempos fuera puede oscilar entre 5 y 15 minutos.

Características del cuarto de Tiempo fuera.

- Lugar no reforzante para el paciente.
- Corteza al máximo de fuentes de estimulación
- No haya estimulación dubitativa

- Carecer sí es posible de mobiliario
- Aislado y accesible a la observación
- Fuera de esa visita de los demás
- No debe tener formas de estimulación aversivas, debe estas bien iluminadas y ventilada.

Es importante que el tiempo fuera se realice de manera inmediata y consistente cada vez que ocurra la conducta.

Como se aplica Tiempo Fuera

Deberemos dar una explicación breve y clara de tiempo fuera.

Esta explicación se hace con un volumen de voz intermedio

Se hace relajado, contundente y con firmeza.

Formato

- Avisar a la persona (nombre) de quien ha hecho una conducta inadecuada
- Se le indica que va al lugar de tiempo fuera y el tiempo que va a permanecer en el lugar.
- Explicar como va a acabar la conducta.

Cuando acaba el tiempo fuera le reintegras a la actividad de una manera breve y sin ningún comentario; no se meten técnicas aversivas, hemos de estar neutros.

Errores a la hora de utilizar la técnica de tiempo fuera

- Usarlo indiscriminadamente
- Usarlo durante un periodo de tiempo demasiado largo
- Que escojamos áreas de tiempo fuera razonables
- Usar áreas de tiempo fuera amenazantes
- Usar la técnica sin coherencia
- Usarlo cuándo el terapeuta está harto de su paciente
- No olvidar el reforzar conductas adecuadas a alternativas.

CASTIGO POSITIVO O TÉCNICAS AVERSIVAS

Aplicar un estímulo aversiva a continuación de una conducta inadecuada haciendo que disminuya su probabilidad de emisión.

En condiciones normales, la conducta desaparece rápidamente pero no es estable.

La desaparición de la conducta tienen una duración proporcional a la intensidad del estímulo aversivos. (Ej/ cuánto + intenso sea el grito+ rápido va a desaparecer la conducta).

Tipos de Estímulos Aversivos

Según todas las *modalidades sensoriales* (Ej/ foco intenso, un grito, descargas eléctricas, ruido intenso)

Señales de *Tipo social* que funcionan como estimulantes aversivas (fruncir el ceño, amenaza gestual y verbal)

Ante que conductas utilizamos Castigo:

Ante **conducta a eliminar** que sean muy frecuentes, muy intensas que conllevan consecuencias graves o negativas para el paciente o para el terapeuta.

En conductas que debemos eliminar inmediatamente (agresión, autoagresión, destrucción de materiales...)

Aplicación de Castigo Positivo.

- Introducir el castigo positivo dentro de las normas, pienso 1º a qué conductas voy a aplicar técnicas aversivas, excluyendo el castigo verbal.
- Siempre que castigamos especificamos la conducta por la que castigamos; **Nunca** se hace referencia a la persona.
- Que el paciente no puede evitar la estimulación aversiva.
- El castigo positivo debe ser inmediato, consistente (cada vez que ocurra la conducta aplica el castigo).

El Estímulo Aversivo debe ser:

Intenso y Breve en el tiempo

Repentino (para evitar que se habitúe el paciente) por sorpresa

Ventajas de la técnica

Eliminación rápida, brusca de la conducta inadecuada.

Inconvenientes de la Técnica

Que no es permanente el efecto

Cuanto más intenso y frecuente sea el castigo, más provoca conductas de huida y escape.

Deterioro de la relación terapeuta–paciente. Relación de colaboración.

Generalización del castigo a otros estímulos

Puede incrementar las conductas que queremos disminuir si va aparejado (junto)a prestar atención al paciente.

Un castigo de grupo no funciona, reforzamiento de grupo sí; castigo de grupo nunca por que evidencia la falta de control del grupo; esto influye negativamente sobre el autocontrol y puede provocar trastornos somatoformes =Psicosomáticos.

Efecto de Habitación

- Si se castiga habitualmente a una persona, la persona se habitúa al castigo y se ha de aumentar la intensidad del castigo.
- Aumenta la actitud masoquista, el comportamiento masoquista se debe asociar la respuesta sexual con sometimiento.
- Puede dar lugar el castigo físico a lesiones (*NO*)

Efecto Alivio

Hay una situación de tipo aversivo para el terapeuta, el terapeuta aguanta esta situación sin hacer nada y de

repente cuándo ya no aguanta más aplica alguna técnica aversiva de castigo (+), inmediatamente corta el estímulo (-) aversivo para él.

La respuesta de este estímulo es muy reforzante para las persona que lo imparten, este proceso es un proceso de refuerzo negativo.

SOBRECORRECCIÓN Y SACIEDAD

Sobrecorrección o castigo educativo

Tipo de castigo donde se utilizan consecuencias naturales. La consecuencia aplicada al paciente tiene relación con la conducta que queremos que desaparezca. Ej/ si pillamos a uno pintando la mesa le decimos ahora limpia tu mesa y 5 más.

Se emplea mucho en DM y Psicoterapia, funciona en personas con déficit cognitivo, en niños se ha aplicado en hábitos nocivos, conductas agresivas, conductas de destrucción o ensuciar el material y algunos lo han intentado utilizar en conductas autolesivas pero tiene menos efecto.

Reglas:

- Nombrar a la persona
- Descripción de la conducta inadecuada
- Descripción de la práctica restitutiva que ha de realizar el paciente.

Si no se inicia la tarea del paciente podemos usar guía física o disco rallado (emitir la orden repetitivamente).

Hay 2 tipos de Sobrecorrección:

- Repetitiva
- De práctica positiva

Sobrecorrección Restitutiva: Limpiar el suelo después d haberlo manchado.

Sobrecorrección de Práctica Positiva

Mandamos una conducta sana con una práctica positiva. Sí se pellizca o muerde se la manda limpiarse los dientes o hacer un ejercicio físico.

Se utiliza cuándo no se puede restituir lo ya realizado. Hay que aplicar algo que canse.

Ej/ persona que se da cabezazos se le manda hacer estiramientos de cuello (incluso puede haber guía física).

Es recomendable usar las partes del cuerpo para realizar la práctica positiva, el tiempo de uso de esta práctica es de 3 a 4 min. , si no funciona se incrementa el tiempo. Además de Sobrecorrección es importante reforzar con reforzamientos de conductas adecuadas.

Efecto de Modelado

Si a una persona en un grupo se le aplica Sobrecorrección al resto del grupo por modelado se le corrige la conducta.

SACIACIÓN

Es una técnica para reducir respuestas, *Saciación de respuestas o práctica negativa*

Consiste en hacer que el paciente emita la conducta de manera masiva; esto se utiliza en hábitos nerviosos, en conductas de atesoramiento.

Esta conducta se trataría de manera que el paciente la realice sin para hasta que la respuesta se haga un valor Aversivo.

Tecn de Saciación

Ej/ fumar rápido, se coge una calada de 30 e inmediatamente después expulsarlo se vuelve a realizar.

Esta Tecn. de Saciación no se puede utilizar en conductas lesivas, ni agresivas.

Es importante combinarla con reforzamiento de conductas inadecuadas o incompatibles.

TEMA 1: CONCEPTOS BÁSICOS

Concepto de psicopatología

Psicopatología = Psicología anormal.

Disciplina que estudia la conducta anormal.

El propósito de la psicopatología sería la descripción, evaluación, investigación de las causas y procesos del comportamiento anormal.

Su campo de actuación es inter o multidisciplinar. Sobre todo utilizamos información genética, fisiología, neurología y de cara a la intervención o aplicación práctica se hace en psiquiatría y psicología clínica.

Distinción entre profesiones del mismo campo

Psicólogo

Licenciado en psicología habilitado legalmente para ejercer psicología. El título de psicólogo clínico habilita a presentarse a las plazas de centros públicos que requieran tal título.

Se estudia: Estadística, Biología, aprendizaje, personalidad, técnicas de evaluación.

Formación de postgrado: PIR. Hoy en día es una beca, no un contrato en prácticas. Existen además numerosos cursos de postgrado: especialistas y másters en formación en diversas entidades públicas o privadas con diversa calidad y reconocimiento. Un máster que se precie sólo admite licenciados.

Psiquiatra

Licenciado en medicina y cirugía más MIR en psiquiatría (4 años)

Se estudia: Anatomía, Fisiología, Farmacología. El MIR alterna su práctica supervisada con clases teóricas.

La formación de un médico sobre disciplinas relacionadas con trastornos mentales o conducta es escasa, apenas dos asignaturas: Psicología médica y Psiquiatría.

Psicoterapeuta

No es un título como lo son los de Licenciado, Ingeniero, Diplomado o Doctor. Cualquiera podría poner una academia y expedir dicho título de forma privada.

Intervención

Psiquiatras

Como los psiquiatras son médicos prescriben medicamentos. Pueden administrar pruebas psicológicas, efectuar diagnósticos, algunos realizan psicoterapia (uso de terapias no físicas ni farmacológicas, es una palabra de significado ambiguo)

Psicólogos

Modificación de conducta, consejo psicológico, administran pruebas, efectúan dco, diseñan pruebas.

Psicoterapeuta

No pueden recetar ni hacer dcos.

ORIENTACIÓN TEÓRICA	PORCENTAJE %
Modelos cognitivos conductuales (MCC)	49'08
Modificación de conducta (MC)	14'12
Ecléctico (E)	12'8
Psicologías de inspiración psicoanalítica (PIP)	9'48
Orientación sistémica (OS)	5'45
Psicologías de inspiración humanista (PIH)	4'16
Orientación psicoanalítica ortodoxa (OPO)	3'88
Análisis transaccional (AT)	0'57
Terapia Gestalt (TG)	0'20
Modelos fenomenológicos existenciales (MFE)	0'20
Otras orientaciones	0'07

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

Patología

Parte de la medicina que trata las enfermedades.

El concepto de enfermedad presupone una causa biológica. El concepto de trastorno no presupone causa.

Enfermedad

Configuración de signos y síntomas que suelen aparecer juntos constituyendo una condición patológica aislada y reconocible, definiendo clínicamente así un estado morboso determinado causado por un agente externo o interno.

· **Causas internas de enfermedad:** Genéticas, degenerativas o de formaciones anatomofisiológicas.

· Causas externas de enfermedad: Traumatismos, ingestión de sustancias tóxicas o infecciones (virus, bacterias, hongos...)

Trastorno

Es sinónimo del término síndrome. Según el DSMV-IV un trastorno mental es un síndrome o patología comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), o una discapacidad (por ejemplo un deterioro en un área de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

No todos los comportamientos desviados son patológicos. Tampoco son patológicos los conflictos individuo-sociedad, ni la expresión culturalmente aceptada de un acontecimiento es patológico.

Breve historia de la Psicopatología

En Egipto, las primeras civilizaciones utilizaban dos técnicas: trepanación (agujero en el cráneo) e hipnosis. Los fóbicos eran considerados cobardes, los esquizofrénicos eran brujas, etc.

Hasta el siglo XIX no se empiezan a tratar estos problemas.

El primer tratado de psiquiatría se hizo en 1883 (Kraepelin). En él aparece descrita la demencia precoz (esquizofrenia) y la enfermedad maníaco-depresiva (trastorno bipolar)

Criterios de normalidad

- Biológico: Se solapa con el criterio médico. Nos habla de que el paciente posee determinados parámetros biológicos.
- Estadístico: Identifica normalidad con lo que hace la mayoría.
- Médico: Lo normal es cuando no se cumplen unos criterios que hay para los síndromes patológicos.
- Socio-cultural: Se basa en el consenso social.
- Subjetivo: Se relaciona con las vivencias de incapacidad, inadecuación, infelicidad y pérdida de los ideales de libertad e igualdad.

Conducta anormal

1. Sufrimiento personal.
2. Falta de adaptación al entorno: Alteraciones de alimentación, sueño y sexo.
3. Irracionalidad o incomprensibilidad: Conductas bizarras = salientes.
4. Malestar en el observador (es un 3º): Por ejemplo una persona antisocial o agresiva.
5. Violación de códigos ideales o morales. Es referente a una cultura determinada. (Zoofilia)

Criterios de salud psicológica de Albert Ellis

1. Interés en sí mismo.

2. Interés social.
3. Autodirección: Asume la responsabilidad de su vida.
4. Alta tolerancia a la frustración: Aceptar las condiciones que no pueden cambiarse.
5. Flexibilidad en cuanto a ideas.
6. Aceptación de la incertidumbre: Aceptar que no conocemos todos los datos.
7. Comprometerse en ocupaciones creativas.
8. Pensamiento científico (=pensamiento crítico), tipo de solución que buscamos.
9. Autoaceptación: Incondicional a los problemas. Alegrarse de estar vivo.
10. Toma riesgos.
11. Hedonismo de larga duración: Busca la felicidad.
12. Antiutopía: No perfeccionista en sus fines.
13. Aceptan la responsabilidad (la parte que tienen) de sus alteraciones emocionales (psicológicas)

CLASIFICACIONES EN PSICOLOGÍA Y SU UTILIDAD

Las clasificaciones han sido poco útiles porque los criterios eran subjetivos.

Los criterios actuales provienen de la OMS, CIE= Clasificación Internacional de Enfermedades y de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) con los DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

El manual que proporcionó mayor acuerdo fue el DSM3 publicado en 1980. Se impuso a nivel mundial. Realiza una operativización de los síntomas (no sólo describe). Hay que separar descripción y etiología.

El DSM4 proporciona un diagnóstico en cinco ejes:

- Eje 1: Trastornos clínicos.
- Eje 2: Trastornos de personalidad y retraso mental.
- Eje 3: Enfermedades médicas.
- Eje 4: Estresores: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje 5: Escala de evaluación de la actividad global.

Aproximación general al DSM4

- Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Por ejemplo trastorno del aprendizaje, de la comunicación (tartamudeo), trastorno generalizado del desarrollo (autismo), trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.

- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos debidos a enfermedad médica no clasificada en otros apartados (hipertiroidismo).
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado del ánimo (trastornos depresivos, trastornos bipolares)
- Trastornos de ansiedad. Por ejemplo trastorno de angustia con o sin agorafobia, fobia social, trastorno por estrés postraumático, fobias específicas, etc.
- Trastornos somatomorfos (son quejas de trastornos físicos no reales). Por ejemplo hipocondría, somatización, trastorno por dolor.
- Trastornos facticios (surgen por querer asumir el rol de enfermo)
- Trastornos disociativos. Por ejemplo amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual (disfunciones sexuales, trastornos en el deseo)
- Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.
- Trastornos del sueño: Insomnio, hiperinsomnia.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados: cleptomanía, piromanía, ludopatía (juego patológico), tricortilomanía (arrancarse el pelo), trastorno explosivo intermitente (no controlar los impulsos).
- Trastornos adaptativos: Respuesta a la aparición de un estresor.
- Trastornos de la personalidad: Trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno de la personalidad antisocial...
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: incumplimiento terapéutico, duelo (pérdida de un ser querido), problemas académicos, laborales, religiosos o espirituales, de relación, etc.

TEMA 2: TRASTORNOS DE LA INFANCIA

Prevalencia es el número de casos existentes en una población dada en un momento dado.

Incidencia es el número de casos nuevos en un espacio de tiempo.

Los trastornos de la infancia son específicos en niños pero también pueden padecer el resto de trastornos (los de los adultos)

En la infancia hay un índice muy alto de miedos (fotocopia).

Problemas por los que piden ayuda los padres:

- Eneuresis: no control de orina.
- Problemas de conducta: mienten, roban, se saltan las reglas, etc.
- Habilidades sociales: inhibición.
- Fobias simples o específicas.

En general está más implicada la madre que el padre.

Hay mayor dificultad que en adultos en determinar qué es patológico y qué no lo es.

TRASTORNOS DE CONDUCTA/ TRASTORNO DISOCIAL

Agresión a personas y animales

- A menudo fanfarroneo, amenaza o intimidación a otros.
- A menudo inicia peleas físicas.

- Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola...)
- Ha manifestado crueldad física con personas.
- Ha manifestado crueldad física con animales.
- Ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, extensión de robo a mano armada)
- Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- Ha provocado incendios con intención.
- Ha destruido propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo

- Ha violentado el hogar, la casa, o el automóvil de otra persona.
- Miente para obtener bienes.
- Ha robado objetos de valor.

Violaciones graves de normas

- **A menudo permanece fuera de casa de noche (antes de los 13 años)**
- Se ha escapado de casa de noche.
- Suele hacer novillos (antes de los 13 años)

El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Aparece entre el 1 y el 10% de los niños. Se da más en varones pero se va igualando en las mujeres.

Estilos básicos de educación:

- Autoritario: No escucha pero controla.
- Permisivo: No controla pero escucha.
- Rechazante: Deja hacer, no controla ni es receptivo.
- Democrático: Escucha pero pone límites.

Tratamiento

- Enseñar a los padres a tratarlos.
- Modificación de conducta.
- Tratamientos del libro: Tratamiento de los trastornos mentales.

HIPERACTIVIDAD (Déficit de atención con hiperactividad)

Debe tener seis o más de los siguientes síntomas:

Desatención

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, trabajo u otras actividades.

- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u otras obligaciones en el centro de trabajo.
- Dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita o le disgusta dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad

- Se mueve mucho.
- Abandona su asiento en clase o en otras situaciones que requiere estar sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
- Dificultades para jugar o dedicarse a actividades de ocio.
- Está en marcha, actúa como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.

Impulsividad

- Precipita respuestas antes de completar la pregunta.
- Dificultades para aguardar turno.
- Interrumpe o se entromete en las actividades de otro.
- Son muy proclives a tener accidentes.

El tratamiento es farmacológico y el del libro.

Hay riesgo de confundir un niño normal con un niño hiperactivo.

Ciertas maneras de acción de los padres empeoran la hiperactividad.

El habla interna parece estar alterada (instrucciones que me doy a mí mismo)

Este trastorno puede provocar en los padres que el niño se convierta en aversivo. Hay que enseñar a los padres que el niño no hace las cosas por fastidiar.

En la sala de TO hay que retirar todo lo que sea peligroso.

Tienen pocas estrategias de resolución de problemas que utilizan para todo. Les cuesta admitir errores. Tienen baja autoestima. Es importante enseñarles a autoevaluarse. Reforzar conductas adecuadas.

Se suele detectar en lo motor y se va haciendo con los años menos motor.

La prevalencia es mayor en varones 4/1.

Lo padecen entre el 3 y el 5% de los niños en edad escolar. Surge a lo largo de la infancia.

Algunos de los síntomas aparecen antes de los siete años

Algunas alteraciones aparecen en dos o más ambientes.

No desaparece sin tratamiento. Un niño con hiperactividad no lo hace por llamar la atención.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Ante la separación, algunos niños especiales presentan ansiedad.

Sintomatología

- Preocupación excesiva por la pérdida de las formas de apego.
- Malestar cuando se aproxima una separación.
- Preocupación excesiva por creerse que va a ser secuestrado o se va a perder.
- Negación de ir a algún sitio que implique separación (ir al colegio)
- Miedo a estar sólo o sin figuras de apego.
- Negativa a dormir sólo sin las figuras de apego.
- Pesadillas sobre la separación.
- Aparición de síntomas físicos cuando hay separación.

Prevalencia

- En torno al 4% de niños y adolescentes. Desaparece al ir creciendo.
- Empeora o aparece tras un acontecimiento estresante.
- Se da más en niñas que en niños.
- La evolución es oscilante, hay mejorías y empeoramientos.
- Se relaciona con fobia escolar.
- Puede ser aprendido o genético.
- En adultos puede desencadenar en agorafobia

CONTROL DE ESFÍNTERES: Eneuresis y Encopresis

Eneuresis

Emisión repetida de orina durante el día o la noche de forma involuntaria sobre sí mismo, la cama o el vestido. Se hace diagnóstico a partir de los 5 años. Puede ser:

- Diurno: Es más fácil de controlar
- Nocturno: Más difícil de controlar.
- Diurno y nocturno

Prevalencia

- A los cinco años el 7% de los chicos y el 3% de las chicas.
- A los 18 años el 1% chicos y 0% chicas.

Tratamiento

Pipi-stop, alarma de orina, autoregistro, condicionamiento clásico.

Eucopresis

- Emisión de heces en lugares inadecuados.
- Se diagnostica a partir de los 5 años.

Prevalencia: Se da más en niños que en niñas.

Tratamiento: Condicionamiento operante, ligado a estreñimiento, evitar la vergüenza.

PECULIARIDADES DEL NIÑO CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

- Un niño merece una explicación, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
- Cuando sea capaz de tener operaciones formales, se le darán explicaciones más teóricas para que sepan lo que les pasó.
- La intervención debe hacerse como un juego y no como una tarea.
- En la evaluación las preguntas deben ser simples.
- Hay que prestar atención a la comunicación no verbal.
- Dar muestras de que entendemos que les es difícil hablar de su problema.

TEMA 3: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Estas proporciones deben ser iguales para que el peso se mantenga.

Los trastornos de alimentación pueden situarse en un continuo según el control de la ingesta:

- Obesidad: Mínimo grado de control de la ingesta.
- Comedores compulsivos: No se provocan vómitos, no utilizan laxantes.
- Bulimia nerviosa: Controlan más la ingesta de alimentos, se dan atracones.
- Anorexia nerviosa: Gran control de la ingesta, sobre todo la restrictiva.

Comemos por:

- Reforzamiento positivo: Sabe bien
- Reforzamiento negativo: Colmar el hambre

Para parar de comer hay:

- Castigo positivo: Saciedad (empacho)
- El sobrepeso a largo plazo

ANOREXIA NERVIOSA

Hay un rechazo a mantener el peso en unos límites normales causado por un miedo a aumentar de peso o de recuperar el peso perdido.

IMC = Kg/ Altura²

- Normalidad: **IMC** (Índice de masa corporal) entre 20–25
- Sobrepeso: IMC = 25–30
- Obesidad moderada: IMC = 30–40. Puede curarse con educación nutricional y ejercicio físico.
- Obesidad seria: IMC mayor de 40
- Peso bajo: IMC entre 18–20
- Severo infrapeso: IMC menor de 17

Los anoréxicos siguen dos patrones de restricción:

- Beber mucho líquido (10–15 litros) para engañar al estómago.

- No beber nada.

Sintomatología fisiológica

- Hipercarotinemia: Demasiados carotenos, color amarillento.
- Aparición de vello.
- Intolerancia al frío.
- Caída del pelo de la cabeza.
- Alteraciones renales (deshidratación)
- Alteraciones cardíacas: Bradicardia y arritmias.
- Piel reseca
- Mareos
- Problemas de sueño
- Disminución del apetito sexual
- Alteraciones hematológicas que requieren una analítica especial.
- Retraso de la menarquía (amenorrea)
- Cambios inmunológicos.

Sintomatología motora

- Vómitos, se detectan por erosiones dentales, cicatrices en las manos o garganta.
- Coleccionan recetas de cocina, cálculo de calorías que van a comer, cocinan para los demás.
- Hiperactividad física a propósito.
- Obsesiones de tipo alimentario (come un yogur con el dedo porque le da la impresión de que come menos)
- Obsesiones en la higiene personal
- Problemas, discusiones familiares, control de ambientes, chantajes con no comer.

Sintomatología cognitiva

- Hay distorsiones perceptivas (se ven más gordos)
- Cálculo de calorías.
- Errores, distorsiones cognitivas, pensamientos dicotómicos
- Poseen información sobre alimentación incorrecta.
- Son perfeccionistas
- Igualan éxito profesional con atractivo (reducido sólo al físico= peso)

Prevalencia

- Entre el 0'5–1% de adolescentes y jóvenes adultos. Es considerable por la gravedad del trastorno.
- Hay dos edades con máximos, 13–14 años y 17–18 años.
- La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas es del 10%
- Muchos de los que no mueren pasan de anorexia nerviosa a bulimia nerviosa, es decir, de un control total de la comida a un descontrol total.
- Hay personas que evolucionan favorablemente.
- En chicos la prevalencia es menor, pero está subiendo (gays, deportistas, modelos, etc.)
- Los pacientes no son conscientes de la enfermedad que tienen.
- Los pacientes de primer grado tienen más riesgo de padecer la enfermedad porque tienen modelos próximos.
- A los 14 años se tiene un momento de cambio y distorsión corporal.

BULIMIA NERVIOSA

Trastorno caracterizado por episodios de voracidad seguidos de conductas compensatorias (laxantes, vómitos)

En el atracón se experimenta un sentimiento de pérdida de control. Por cada uno de ellos se ingieren de 1000 a 10000 calorías (lo normal son 2000 cal) en 1-2 horas.

El contenido del atracón son cosas que les apetecen, de las que se privan, su valor reforzante es grande. No se considera atracón si es un acontecimiento social.

Justo después del atracón viene el sentimiento de culpa, para extinguirla se dan las conductas compensatorias como vomitar o incrementar la rigidez de la dieta.

Se tiene una menor sensación de autoeficacia.

Es más fácil que demanden ayuda porque sufren.

Puede aparecer un trastorno depresivo por baja autoestima.

Pérdida de potasio por los vómitos, lo que provoca hinchazón.

Los laxantes no adelgazan, sólo bajan el volumen y son peligrosos porque provocan deshidratación.

Prevalencia: 1-3% de adolescentes y jóvenes adultos.

Tipos

- Purgativo
- No purgativo
- Las personas con bulimia son más extrovertidas que los anoréxicos nerviosos.
- Los bulímicos suelen proceder de familias más caóticas.

Precipitantes

- Las mismas que en la anorexia nerviosa, además de un intento fallido de controlar el peso.
- Cambios corporales, anorexia bulímica, traumatismos, desfiguraciones.

TEMA 5: TRASTORNOS POR ANSIEDAD, SOMATOFORMES Y DISOCIATIVOS

EL ESTRÉS

Es el estado de sobreactivación sostenida, experimentado por una persona ante distintas situaciones consideradas o evaluadas por dicha persona como excesivas o amenazantes, u que ocurren bajo condiciones de escasez de apoyo social y de recursos de solución o control por parte del sujeto.

Las personas hacen un juicio sobre una situación que les sobrepasa.

DEMANDAS ESTRÉS CAPACIDADES

Ayuda

(Modelo multifactorial del proceso de estrés)

Cuando existen más demandas que capacidades, se produce estrés.

Cuando existen más recursos que demandas, se produce aburrimiento.

Pedir ayuda disminuye el estrés.

En 1956 SELYE crea el concepto de estrés (endocrino). Hacía análisis de sangre recurrentes en ratas. Éstas se estresaban cuando ya sabían que se les iba a pinchar, producían neurotransmisores y cada análisis daba unos resultados diferentes.

Las pequeñas molestias cotidianas producen más estrés que las grandes, por ejemplo, cuando no llega el autobús, no tengo dinero ahorrado,

Daily Hassles molestias cotidianas

Life events grandes estresores

Respuestas relacionadas con la respuesta de estrés:

- Respuesta de orientación: respuesta ante una fuente novedosa de atención (dar un golpe en la mesa).
- Respuesta de defensa: prepara a reaccionar ante un estímulo amenazante. Evaluamos el grado de peligrosidad para mí.
- Estrés (emoción muy genérica y primitiva). Es un estado de sobreactivación ante un estímulo positivo o negativo, pero importante e intenso. Prepara para la acción.
- Ansiedad: ante un peligro o amenaza (esta es la diferencia con el estrés). Además, presenta conductas de evitación (también aquí difiere con el estrés).
- Depresión: existe una situación de pérdida.

El interés dentro de la psicología por los Trastornos de ansiedad no surgen hasta mediados del siglo XIX, porque el desarrollo industrial de la sociedad provoca más ansiedad, y ya hemos solventado otras necesidades primarias.

Los primeros diagnósticos se definen con los conceptos de histeria (este concepto ya no se usa en el DSM-IV), neurastenia, hipocondriasis.

Se utilizan los términos de angustia/ansiedad como sinónimos, procesos intercambiables. La angustia representa la parte más somática.

La ansiedad, según el DSM-IV: anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión.

Puntos clave de la ansiedad:

- anticipatorio
- disforia (ansioso o depresivo), ánimo negativo
- la respuesta de la ansiedad está relacionada con GABA (un neurotransmisor), con la serotonina (5-HT), noradrenalina

FOBIAS

Una fobia es una ansiedad clínicamente significativa en respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos que suelen dar lugar a respuestas de evitación o escape.

Hay diferencia con el miedo (o respeto) en cuanto a la intensidad.

Este miedo lo reconoce el sujeto como irracional y excesivo.

- Trastorno egodistónico: reconozco que tengo un problema y quiero cambiar mi conducta
- Trastorno egosintónico: lo reconozco como propio, pero no como problema.

En niños se detecta por berrinches, pataletas,

Las fobias se forman por condicionamiento clásico, y se reconocen por condicionamiento operante. Hay que enfrentarse a la fobia para eliminarla.

No es preciso que la persona haya vivido una experiencia en una piscina para que le produzca ansiedad. El hecho de escuchar noticias que le recuerden el episodio traumático en los medios de comunicación, que le cuenten algo relacionado, hará que se de el episodio de ansiedad. Basta con que la persona se lo imagine con realismo.

Las fobias son exageraciones de procesos adaptativos.

Hipótesis de preparatoriedad de las fobias: no se condicionan (provocan) igual todas las fobias.

Tipos de fobias

- Simples o específicas:
- Tipo situacional. Es más frecuente en adultos. Son: fobia al coche, a un puente, a volar, ascensor, a animales (algunos autores lo introducen en esta subcategoría). Estos son adquiridos en la niñez (a algunos niños se les quita y a otros no). A perros, a cucarachas,...
- Ambientales. A las tormentas, agua, alturas (no es lo mismo que el vértigo).
- A la sangre o a las extracciones. Aparece entre el 2 y 3% de la población. Es hereditario. Reflejo vasovagal: cuando una persona se está desangrando, le baja la tasa cardíaca.
- A las enfermedades (nosofobia). Está unida a la fobia a la muerte. No es lo mismo que la hipocondriasis (más grave ésta).
 - Fobias más complejas:
 - ◊ Fobia social
 - ◊ Agorafobia

En la génesis y en el tratamiento de las fobias es importante la intensidad de exposición al estímulo fóbico. Esto se relaciona con dos procesos básicos fisiológico: sensibilización y habituación.

- Sensibilización: algo que cada vez da más miedo (aumenta)
- Habituación: la respuesta al estímulo es cada vez menor (disminuye).

Ambos dependen del tiempo de exposición.

La exposición breve sensibiliza (escaparse antes de que baje la ansiedad). Las exposiciones largas habitúan a la persona. Si ésta está frente a lo que le produce fobia hasta que baja la ansiedad por agotamiento, la persona se habitúa. Esto se conoce como técnica de **inundación**, y se utiliza como tratamiento.

Tipos de tratamiento:

- Técnica de Inundación
- Técnica Desensibilización Sistemática (DS): se coloca un estímulo poco intenso hasta que la persona se habitúa. El día siguiente se repite. Cuando ya

no sienta nada frente al estímulo, se amplía la situación. Es un proceso más largo, y por tanto, más costoso.

FOBIA SOCIAL

Está fuera de las fobias simples o específicas porque tiene una mayor complejidad y más componentes cognitivos.

Es una ansiedad excesiva respecto a situaciones en las que el paciente es observado o evaluado por otros.

Las personas que la padecen pueden reconocer que la preocupación es excesiva.

Se distinguen dos tipos según su gravedad:

◊ Generalizada

- Es más grave
- Fobia hacia cualquier situación que pueda llevar consigo evaluación.
- El paciente tiene poca confianza ante su familia inclusive.

· Específica

- Fobia a un solo tipo de situación social.
- El tratamiento es breve.

Ambas fobias son crónicas y su aparición es fluctuante. No hace falta tratamiento farmacológico.

Los síntomas de la fobia social varían según la cultura. En la cultura occidental se tiene miedo al ridículo mientras que en Oriente se teme ofender al otro.

Este trastorno se conoce desde los griegos.

Prevalencia: Entre 3 – 13% de la población general. Aparece en la adolescencia.

Factores de mantenimiento de las fobias

Habitación

Acostumbrarse a algo, por ejemplo, si me tocan el hombro me vuelvo, pero si me lo tocan muchas veces con la misma intensidad termino por acostumbrarme y no me vuelvo.

Sensibilización

Un estímulo con determinado efecto, cada vez que lo vuelvo a ver me produce más efecto. Por ejemplo, si veo una cucaracha no pasa nada, pero si veo cucarachas en diferentes lugares y a distintas horas, acabo sensibilizándome ante las cucarachas.

Inundación

Llevar al paciente al máximo de ansiedad ante una fobia.

AGORAFOBIA

Ansiedad y evitación en situaciones en las que escapar puede ser difícil o embarazoso o donde es difícil encontrar ayuda.

En el 95% de los casos temen sufrir un ataque de pánico, una persona que tenga reiterados ataques de pánico tiene un trastorno de angustia.

Evitas hacer cosas por miedo a tener un ataque de pánico.

Síntomas

- Taquicardia, palpitaciones.
- Alteraciones de la respiración (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de ahogo
- Opresión precordial (= dolor de pecho)
- Opresión o malestar en el estómago
- Mareo
- Despersonalización o desrealización
- Miedo a volverse loco
- Miedo a morir
- Pueden aparecer parestesias (hormigueo o entumecimiento, como cuando se duerme una pierna)
- Escalofríos o sofocos

En un par de minutos la persona tiene que estar disparada para que se considere un ataque de pánico.

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. Por ejemplo el rendimiento laboral, preocupación por una guerra nuclear, sobre la ruina económica de la familia, etc.

Es típicamente crónico, se puede suavizar con tratamiento (que será largo) pero es fluctuante.

Síntomas

- ◇ Inquietud
- ◇ Fatiga
- ◇ Dificultad de concentración
- ◇ Irritación
- ◇ Alteraciones del sueño
- ◇ Tensión muscular

Todos estos síntomas no han de deberse al consumo de una sustancia.

Prevalencia: 3% y suele detectarse en la infancia. Los dos tercios son mujeres.

Hay comorbilidad (dos trastornos a la vez) con trastornos del estado de ánimo o con consumo de sustancias.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Consiste en la aparición de síntomas después de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático.

Se considera trauma cualquier acontecimiento que pone en peligro la vida del paciente o su integridad física así como ser testigo del peligro o integridad física de otra persona.

El efecto es más grave y duradero si el agente estresante es un ser humano. Por ejemplo, estar en un campo de concentración es más traumático que un accidente de tráfico.

Requiere un mes de sintomatología.

Síntomas

- De reexperimentación
 - ◊ Recuerdos recurrentes e intrusivos
 - ◊ Pesadillas
 - ◊ Flashback
 - ◊ Pueden aparecer alucinaciones e ilusiones
 - ◊ Malestar psicológico intenso (ansiedad) respuestas fisiológicas a exponerse a estímulos relacionados con el trauma
- Evitación persistente de estímulos asociados y embotamiento
 - ◊ Evitar conversaciones, actividades, pensamientos relacionados con la acción o emoción.
 - ◊ Incapacidad de recordar algún aspecto del trauma.
 - ◊ Reducción de interés en actividades.
 - ◊ Restricción de la vida afectiva.
 - ◊ Sensación de futuro desolador.
- Aumento de la activación fisiológica
 - ◆ Insomnio
 - ◆ Irritabilidad
 - ◆ Dificultades de concentración
 - ◆ Hipervigilancia
 - ◆ Respuestas de sobresalto

Todos estos síntomas no tienen por qué aparecer inmediatamente (= estrés postraumático demorado)

Prevalencia: 1 – 14%.

Tratamiento: Inoculación de estrés.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Se caracteriza por presentar obsesiones y compulsiones. Fue

descrito por Esquirol en 1838 y en varios libros se encuentra con el nombre de neurosis obsesiva o anancástica

Obsesiones

Una obsesión es un pensamiento, imagen o impulso recurrente y persistente que se experimenta como intrusivo o inapropiado y causa un malestar o ansiedad significativa.

El paciente sufre mucho y evita las obsesiones pero les cuesta.

Tipos de obsesiones

- Pensamientos sobre contaminación (estar sucio). Constituyen un 59% de los casos.
- Dudas sobre si se ha hecho una acción adecuada, sobre si hemos dañado a alguien sin querer o si podemos dañar en un futuro a alguien. Constituyen el 25%
- Preocupación sobre orden y simetría (23%)
- Obsesiones de tipo religioso (10%)
- Obsesiones sexuales (5%)

Compulsiones

Son una respuesta al malestar que provoca una obsesión.

Una compulsión es un comportamiento que se hace de forma repetitiva con respecto a ciertas reglas y en respuesta a las obsesiones. Por ejemplo una obsesión sobre contaminación, la compulsión sería limpiar tres veces con un desinfectante, no me basta con lavarme las manos.

Las compulsiones pueden estar conectadas de una manera razonable con lo que intentan evitar o no

Tipos de compulsiones

- Lavado, ducha, fregar, etc.
- Ordenar
- Recitar palabras o rezos
- Lentitud excesiva

Parece ser que este trastorno tiene una base biológica (fallo en los neurotransmisores)

Tiene peor pronóstico que otros problemas de ansiedad con tendencia a ser crónico.

Si empieza en la adolescencia es peor.

Mejora el pronóstico que las compulsiones sean exageraciones de conductas normales.

Suele haber una personalidad con rasgos obsesivos previos.

Es grave porque el 50% de las personas que padecen el trastorno se incapacitan para la vida normal durante el primer año.

Cuando la enfermedad lleva años en curso sin tratamiento puede disminuir la intensidad pero la remisión espontánea es muy rara.

Prevalencia: 0'5–1%. Se da igual en ambos sexos. Las desigualdades se encuentran en la temática.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN (Histeria) = Síndrome de Briquet

- Se da más en mujeres
- **Prevalencia:** 0;2–2%
- Fue descrito en el siglo pasado (1859) y consiste en una histeria de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica.
- Provoca un deterioro significativo de la persona.
- Los pacientes se quejan de:
 - Síntomas dolorosos: Dolor de cabeza, torácico, etc.
 - Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarreas, etc.
 - Síntomas sexuales: Bajo deseo sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, pérdidas menstruales excesivas, etc.
 - Síntomas pseudoneurológicos: Debilidad muscular localizada, alteraciones del equilibrio, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de sensibilidad táctil, convulsiones, ceguera, sordera, amnesia, etc.
- Tras un examen médico adecuado no puede explicarse el cuadro por una enfermedad o patología médica y si ésta existe, los síntomas son excesivos.
- El paciente no se provoca intencionalmente el síntoma.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

- **Prevalencia:** Menos del 0'5%. Se da más en mujeres
- Los síntomas afectan a funciones motoras y sensoriales.
- Hay algún desencadenante.

- No se provoca el síntoma intencionalmente.
- Este trastorno tiene lugar en personas con CI bajo.
- En muchos casos la persona reproduce unos síntomas parecidos a los de algún modelo familiar.
- Rasgos de personalidad histriónica.
- Se asocia en muchos casos con depresión moderada y riesgo de suicidio.
- Los pacientes presentan una indiferencia hacia sus síntomas. No les importa tener un problema, no se quejan.

TRASTORNO POR DOLOR

No hay causa suficiente para lo que presenta el paciente.

Es un trastorno frecuente en el marco hospitalario. Los más afectados son las mujeres y los ancianos.

El dolor relacionado con variables psicológicas tiene un grado grande de importancia. Hay muchas variables.

Mediante técnicas de relajación, terapia ocupacional, se intenta que el paciente tome menos cantidad de medicamento y aparte su mente del dolor. También se utiliza la hipnosis.

HIPOCONDRÍA E HIPOCONDRIASIS

- **Prevalencia:** 1–5%. Se da por igual en ambos sexos.
- Es una preocupación, miedo o convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación de síntomas somáticos.
- Es un problema cognitivo de esquemas de procesamiento.
- Buscan una salud perfecta.
- Es crónica. El tratamiento es largo (terapia cognitiva).

Hay gente que busca la seguridad absoluta de no padecer un trastorno (de estar sano). Son ideas irracionales sobre conseguir una salud perfecta.

Cuanto más mayores van haciéndose las personas mas aumenta su hipocondría.

Es una preocupación, miedo o convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la **interpretación** de síntomas somáticos.

En el tratamiento se utilizaría terapia cognitiva.

Una hipocondría podría surgir en respuesta a un

acontecimiento estresante. Es importante saber que esa preocupación persiste a pesar de las explicaciones médicas.

La conducta es mantenida mediante procesos de aversión–alivio:

La exposición cognitiva es uno de los tratamientos que se pueden utilizar en este trastorno. Consiste en la exageración de los que puede tener la persona.

La creencia que tienen estas personas no llega a ser un delirio. Con la hipocondría no se busca un beneficio. Es un trastorno crónico.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL **(Dismorfofobia)**

Prevalencia: 6–15% en centros de cirugía estética

En este trastorno también se busca la perfección, pero en vez de buscarla en la salud, se busca en la imagen corporal.

Consiste en una preocupación por un defecto imaginario del aspecto físico, o en una preocupación muy exagerada por un defecto real (complejos).

Tras una operación de cirugía estética no queda contento. Ej. Michael Jackson.

Esa preocupación por la belleza crea un malestar significativo.

Tiene factores comunes con la anorexia.

El DSM–IV es jerárquico, de modo que considera a la Anorexia Nerviosa un trastorno más grave que la Trastorno Dismórfico Corporal. No se hace doble diagnóstico, por lo que se incluye este trastorno dentro de la Anorexia Nerviosa.

En el tratamiento se realizaría Terapia Cognitiva.

Es muy importante la prevención de estos trastornos, aprendiendo a aceptar tu propio cuerpo.

TEMA 6: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

El **estado de ánimo** es una emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. No es tan intenso como una emoción pero es permanente.

Una **emoción** es una respuesta innata y tiene la función de ser preparatoria para la acción. Es una respuesta temporal

como la ira, la alegría, etc.

Aunque la depresión ha existido desde siempre e, primer tratado fue escrito por Bruton en 1624 llamado Anatomía de la melancolía.

Definición de depresión

- La depresión es distinta a una mera tristeza.
- La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.
- Una persona puede tener un trastorno depresivo añadido a otro cuadro, pero si ésta aparece como un síntoma.
- La tristeza patológica se presenta como un continuo.

Depresión mayor

Consiste en al menos dos semanas de síntomas durante la mayor parte del día o casi cada día. Incluso en los casos más leves hay un deterioro sociolaboral. El comienzo es lento en general.

Síntomas

- ◇ Estado de ánimo depresivo pero no aparece en todos los casos de depresión sino que aparece un estado de anhedonia, que es la falta de interés en todo tipo de actividades. También pueden tener ánimo depresivo y anhedonia pero al menos se tiene que dar uno de los dos para que la depresión se considere mayor.
- ◇ Aumento o disminución significativa del peso. Un 5% en un mes.
- ◇ Aparece insomnio o hypersomnia.
- ◇ Psicomotor: Enlentecimiento o agitación psicomotora.
- ◇ Hay sensación de fatiga o pérdida de energía.
- ◇ Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos. Pueden llegar a ser delirantes y convertirse en psicosis.
- ◇ Disminución de la capacidad de concentración e indecisión.
- ◇ Pensamientos recurrentes sobre la muerte, incluso puede llegar al suicidio.
- ◇ En algunas culturas, en niños o en ancianos se dan quejas somáticas como el estreñimiento.
- ◇ En niños puede causar más irritabilidad.
- ◇ Aumento de las quejas hipocondríacas.

Toda esta sintomatología no es constante a lo largo del día. Una depresión mayor sin tratamiento puede remitir y dura entre 2 y 4 meses, pero si no se trata puede volver a aparecer.

Los episodios sucesivos pueden durar más de un año.

La edad típica de aparición es a partir de la mitad de la tercera década.

Prevalencia: 12% hombres, 25% mujeres.

Tipos

Subtipo melancólico: Se caracteriza por una intensificación matinal de los síntomas. Etiología más química.

De patrón estacional: Empiezan en otoño e invierno (al disminuir la luz, factores sociales) y desaparece en primavera. Una terapia posible es la fototerapia.

Teorías psicológicas y tratamientos

Charles Fester (1973)

La teoría del reforzamiento de la conducta ha dejado de estar controlada por reforzamientos que antes eran eficaces.

Extinción: Por pérdida de fuentes de reforzamiento (por ejemplo un duelo)

Hay una extinción de mi conducta por el mundo, no las refuerzas.

Peter M. Leinsohn (1974)

Teoría del reforzamiento.

Pérdida de reforzamiento en las principales áreas de la vida.
Causas de dicha pérdida:

- ◆ Entorno poco reforzante (duelo)
- ◆ Carencia de habilidades para procurarse reforzamiento.
- ◆ El sujeto es incapaz de disfrutar el reforzamiento.

Martín EP Seligman (1974)

Teoría de la indefensión aprendida.

El sujeto aprende a hacer lo que haga no controlará el medio.
Alteración del estilo atribucional.

Lynn Preter (1977)

Teoría del autocontrol. Déficit de autorreforzamiento. El autorreforzamiento forma parte del autocontrol.

Aarón T.Beck (1963)

Teoría cognitiva. Tríada cognitiva. Distorsiones (sesgos) en los esquemas cognitivos

Albert Ellis (1962)

Teoría cognitiva. Ideas irracionales.

Miran M Weissman & Gerald L Klerman (70')

Terapia focal.

Se centra en las dificultades interpersonales de lo cotidiano.

Trastorno distímico o distimia

Th Millon ve la distimia como un trastorno de personalidad depresivo.

Es crónica ya que tiene una duración mayor a dos años de síntomas.

Síntomas

- ◇ Disminución del apetito.
- ◇ Insomnia o hipersomnia.
- ◇ Sensación de falta de energía o fatiga.
- ◇ Disminución de la autoestima.
- ◇ Dificultades de concentración.
- ◇ Sentimientos de desesperanza.

El comienzo de esta sintomatología es insidioso (no hay un punto de comienzo claro)

Una historia previa de distimia favorece la depresión mayor.

Prevalencia: 6%

Tratamiento: Análogo al de depresión mayor.

Consejos para el TO si te encuentras con un depresivo

- ◇ Nuestra labor fundamental en este tipo de casos es detectar el problema. Sobre todo los que tengan una sintomatología de anhedonia o de tipo somático.
- ◇ No intentar consolar, porque entonces el depresivo no va a hacer nada por cambiar.
- ◇ No razonar, si en condiciones normales es difícil razonar, una persona depresiva no está en su mejor momento para razonar.
- ◇ No repetir argumentos.
- ◇ No enfadarse con el depresivo.

- ◊ No decir tienes que poner de tu parte, vete de viaje...
- ◊ Hay que recomendar que normalice sus tareas cotidianas.
- ◊ No culparse de los padecimientos del depresivo.
- ◊ No dejarse herir por la irritabilidad del deprimido.
- ◊ No hacerle reproches.
- ◊ No permitir que haga decisiones importantes.
- ◊ Derivar a un especialista.

Explicar a la persona que tiene un trastorno tratable.

TEMA 7: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (TP)

Origen y utilidad del concepto TP

- ◊ Hasta 1980 los sistemas formales de clasificación sólo proporcionan criterios diagnósticos para el TP antisocial.
- ◊ La personalidad es un constructo indeleble (concepto débil) porque cada autor tiene un concepto diferente de personalidad.
- ◊ El DSM–IV define la personalidad como un patrón duradero en el percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo (es una tendencia, no algo imposible de cambiar)

Principios de los TP

Los TP no son enfermedades

Los TP son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no son entidades homogéneas.

Son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.

No hay una posible división estricta entre normalidad y patología.

Los TP se codifican en el eje 2, a parte de los síndromes clínicos.

Al valorar la personalidad hay que tener en cuenta el medio cultural y social.

Se suelen diagnosticar a partir de la adolescencia, que es cuando aparece más claramente la personalidad.

Grupos de TP

Parecen raros y excéntricos:

- ◊ Trastorno esquizoide de la personalidad
- ◊ Trastorno paranoide de la personalidad

- ◇ Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Dramatismo, inestabilidad

- ◇ Trastorno límite de la personalidad
- ◇ Trastorno antisocial de la personalidad
- ◇ Trastorno histriónico de la personalidad
- ◇ Trastorno narcisista de la personalidad

Ansiosos

- ◇ Trastorno de la personalidad por evitación
- ◇ Trastorno de la personalidad por dependencia
- ◇ Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad

Consiste en un patrón de personalidad caracterizado por la inestabilidad en relaciones personales, en el autoconcepto, en la afectividad o impulsividad. Puede sentirse muy alegre o muy triste, por culpa de la impulsividad puede tener problemas de prácticas de sexo inseguro, atracones, conducción temeraria, riesgo de suicidio, sentimientos crónicos de vacío, problemas con la ley...

- Alternan la idealización de alguien con su devaluación.
- Son frecuentes amenazas de conductas de automutilación que incluso llegan a hacer realidad–
- Pueden tener ideación paranoide.
- Intolerancia a la soledad.
- Algunos tienen mucho cariño a algo no humano.
- Tienen riesgo de acabar con una minusvalía física.
- En su pasado pueden encontrarse malos tratos, negligencia de sus padre, pérdida temprana de la familia, etc.
- Si sobreviven a partir de la 4ª o 5ª década de la vida consiguen algo de estabilidad.
- Aparece al terminar la adolescencia.

Prevalencia: 2%. El 75% son mujeres.

Comorbilidad: Consumo de sustancias, alteraciones del estado de ánimo, problemas de alimentación, trastorno por estrés postraumático, hiperactividad y otros trastornos del eje II.

Trastorno de la personalidad esquizoide

Es un patrón de distanciamiento en las relaciones sociales acompañado de restricción emocional.

- No disfruta de las relaciones sociales ni las desea, pero sí disfruta de actividades solitarias (ordenadores, tareas abstractas como las matemáticas, filosofía, etc.)
- Tiene escaso interés por las relaciones sexuales.
- Obtiene poco placer con actividades de tipo sensorial.
- No tiene amigos a parte de sus familiares de primer grado.
- Les son indiferentes los halagos o las críticas.
- Muestran aplanamiento afectivo.
- Muchos autores creen que tiene un origen biológico.
- Reaccionan pasivamente a situaciones adversas.
- Se detecta desde la infancia.

Comorbilidad: Trastorno esquizotípico, trastorno paranoide, trastorno por evitación.

Prevalencia: Baja. Mayor en hombres.

Trastorno de personalidad antisocial

- Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- Tienen conductas que provocan detenciones, engaño o mentira, impulsividad, irritabilidad, no se preocupa por su seguridad ni por la de los demás, no es capaz de mantener un trabajo ni de cuidar de sus hijos.
- Tiene falta de remordimientos o justificación de los daños que causa.
- Complicaciones: Morirse, ir a la cárcel, suicidio.
- Historia personal: Ambiente socioeconómico deprimido, maltrato, abandono, disciplina incoherente...
- En cuanto a lo delictivo remite en la 4ª década de la vida.

Comorbilidad: Trastornos depresivos, trastornos ansiosos, trastornos de dependencia de sustancias, juego patológico, problemas de control de impulsos, somatización, trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad histriónico,

narcisismo, hiperactividad.

Prevalencia: Mujeres 1%, Hombres 3%

Trastorno de la personalidad paranoide

Prevalencia: 0'5–2'5%

Consiste en un patrón de desconfianza general interpretando maliciosamente las intenciones de los demás.

Sospechan que los demás les van a engañar o se van a aprovechar de ellos, tiene dudas injustificadas sobre la lealtad de amigos o socios, dudas sobre la fidelidad de la pareja. Piensan que pueden usar información en contra suya, encuentran en hechos inocentes significados ocultos, mantienen rencores durante mucho tiempo.

Trastorno de la personalidad Esquizotípico

Prevalencia: En torno al 3%

Tienen déficits sociales asociados a ansiedad, dificultad de relación, distorsiones cognitivas y perceptivas y excentricidades de comportamiento.

Tienen ideas de referencia o creencias raras, experiencias perceptivas inusuales (ilusiones), pensamiento o lenguaje raro, ideación paranoide, conducta excéntrica, afecto restringido, falta de amigos íntimos.

Comorbilidad con muchos trastornos.

TEMA 8: PSICOSIS

La psicosis ha existido siempre, aunque en las diferentes culturas tenía diferentes significados. Se les ha relacionado con endemoniados, eran los bufones de la corte,

Es un trastorno caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad.

Se puede evaluar si una persona está psicótica, mediante un examen de estado mental, para ver si la persona tiene contacto con la realidad o no se le hacen preguntas del estilo de: ¿Quién es usted? ¿En qué fecha estamos? ¿Quién es el presidente del gobierno? ¿Es de día?

Psicopatía no es lo mismo que psicosis, el psicópata tiene contacto con la realidad, no tiene alteraciones de tipo emocional y un grado mínimo de empatía.

Psicosis (Pérdida de contacto con la realidad)

Origen y Desmitificación del concepto

Para decir que hay psicosis exigimos que haya
Alucinaciones y Delirios

Alucinaciones

Es una percepción sin objeto, o una sensopercepción sin objeto (ver algo que no tienen estímulo).

Son desagradables y de tipo negativo. Pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas, etc.

Las alucinaciones son características de las intoxicaciones (gases, drogas) y en estado febril cualquiera puede tenerlas, en situaciones de estrés, al coger el sueño o al despertar ya que existe privación sensorial.

- ◇ Las alucinaciones auditivas aparecen generalmente en las Esquizofrenia
- ◇ Las alucinaciones olfativas (olores desagradables) uno se pudre por dentro
- ◇ Las alucinaciones táctiles; sentir que te tocan
- ◇ Las alucinaciones gustativas son menos frecuentes, con percepción de sabores desagradables.

Pseudoalucinaciones

Término aplicado a la visión de una alucinación que inmediatamente tiene una autocritica (no crees lo que has visto)

Ilusión

Trastorno de la percepción pero menos grave; es una percepción deformada de lo real *o alteración en la percepción debido a un error en la interpretación.*

Hay ilusiones causadas por el afecto o por imaginación que distorsionan lo que yo percibo.

Esto viene dado por que la percepción es muy subjetiva

Delirium

Fallo cognitivo generalizado reversible.

Delirios

No es una alteración de Propiocepción sino una alteración del contenido del pensamiento.

Creencia falsa basada en una inferencia incorrecta en relación a la realidad externa, que es firmemente sostenida a pesar de lo que cree casi todo el mundo y a pesar de que existen pruebas de lo contrario, la persona es impermeable al uso de la razón de los demás

Ideas Delirantes: Idea falsa dotada de convicción, irreductible y con tono afectivo que suele orientar la conducta.

Falsa creencia basada en una inferencia en relación a la realidad externa que es frecuentemente sostenida, a pesar de lo que cree casi todo el mundo y a pesar de pruebas incuestionables y obvias de lo contrario

Los delirios y alucinaciones son formas de explicarse el paciente de cosas que siente de una forma patológica.

Los delirios no se quitan con psicoterapia sino que se tratan químicamente.

Los delirios no son todo o nada, pasan por fases pero es un continuo.

Tipos de Delirios

– *Delirios Celotípicos o de Celos:* Conducta insana que demuestra inseguridad y baja autoestima.

– *Delirios de Grandeza:* Pensar que tienes la solución de todo o que eres el mejor.

– *Delirios de Referencia:* Pensar que están hablando de ti o que la gente hace cosas pendiente de ti.

– *Delirios de Control:* Estar convencido de que alguien controla mi conducta.

– *Delirio Erotománico:* Creer que todo el mundo está enamorado de ti.

Fenómenos de inserción y difusión del pensamiento

Difusión: Sensación de que todos me leen el pensamiento.

Inserción: Tengo una determinada idea y pienso que alguien me introduce ideas.

Delirios Persecutorios: Pensar que todos están en contra mía y quieren atacarme.

Delirios Somáticos: Pensamientos desagradables creyendo

que te han sacado los órganos o que te estás pudriendo.

ESQUIZOFRENIAS

Prevalencia: 0.5–1%. Ocupan el 60% de las camas destinadas a trastornos psicológicos.

La causa de la Esquizofrenia es biológica; se podría decir que no es un trastorno sino una enfermedad. Además de tener predisposición a padecer esta enfermedad ha de haber un disparador que precipite el brote que generalmente suele ser el estrés.

Sintomatología

- ◇ Ideas delirantes (Delirios)
- ◇ Alucinaciones
- ◇ Lenguaje desorganizado (incoherencia)
- ◇ Descarrilamiento de pensamiento; el pensamiento no sigue un curso estable
- ◇ Trastornos afectivos, estado de ánimo

Todas estas características son síntomas (rasgos) **positivos** de Esquizofrenia sobre todo: *Delirios* y *Alucinaciones* a esto se le denomina ***Brote de la enfermedad***

Síntomas **Negativos**; estos síntomas **no aparecen en el brote**

- ◇ Pobreza de impulsos (tendencia a no actuar)
- ◇ Afectividad aplanada
- ◇ Pobreza de pensamiento y lenguaje

Todos estos síntomas van a dar una alteración sociolaboral

Factores de vulnerabilidad permanentes (modelo explicativo)

- ◇ No se conocen mucho pero se cree que pueden ser genéticos.
- ◇ Se da más en unas partes del mundo que en otras.
- ◇ Se cree que puede ser de tipo crónico y que se sufre antes de nacer pero esto es una hipótesis no comprobada.
- ◇ El estrés y pocos apoyos sociales son factores precipitantes. Esto produce lo que se llaman estados intermedios transitorios (signos prodrómicos).
- ◇ Los signos prodrómicos consisten en una capacidad de procesamiento reducida, hiperactividad autonómica y problemas de procesamiento de estímulos visuales. De todo esto viene la sintomatología esquizofrénica (alucinaciones y delirios).
- ◇ El tratamiento es psiquiátrico y farmacológico.

También ayuda una escasa estimulación.

- ◇ CRPS ! Centro de Rehabilitación de enfermos Sociales Crónicos
- ◇ CRL ! Centro de Rehabilitación Laboral
- ◇ El personal de estos centros no es funcionario

Etiología

Falta de flexibilidad a la hora de separar lo relevante de lo irrelevante, y por tanto nos encontramos con una alteración de los mecanismos que regulan la atención.

La base bioquímica del trastorno son alteraciones en los límites de tolerancia a la dopamina.

Etiología Multicausal: *Vulnerabilidad Biológica* Carga genética, hipótesis de que la causa sea viral.

Tipos de Esquizofrenia

- ◇ *Paranoide*: Presencia de una o más ideas delirantes y alucinaciones, generalmente persecutorios.
- ◇ *Desorganizado o Hebefrénico*: Conducta desorganizada, rara, conducta bizarra, lenguaje desorganizado y afectividad plana o no apropiada, invención de palabras, curso ilógico de pensamiento.
- ◇ *Catatónico*: Se caracteriza por catalepsia (rigidez muscular), flexibilidad cética, alterna episodios de inactividad o inmovilidad con episodios de hiperactividad absoluta, movimientos estereotipados, ecolalia (repetir parte del discurso del otro), ecopraxia (imitar los gestos del otro)
- ◇ *Indiferenciado o simple*: No es ni paranoide, ni desorganizado ni catatónico.
- ◇ *Residual*: Ya no tiene síntomas, pero han padecido los síntomas habituales de la esquizofrenia.

Tipos Modernos

Tipo I SC (Esquizofrenia) Aguda

Tiene buen pronóstico, predominio de síntomas positivos, buena respuesta a neurolépticos, tienen los ventrículos cerebrales normales.

Tipo II SC Crónico

Predominio de síntomas negativos, pobre respuesta a los neurolépticos, ventrículos cerebrales agrandados.

Factores de buen pronóstico

- ◇ Personalidad previa adaptada.
- ◇ Comienzo agudo.

- ◊ Existencia de precipitantes.
- ◊ Formas catatónicas o paranoides.
- ◊ Respuesta afectiva conservada

Factores de mal pronóstico

- ◊ Personalidad previa esquizoide.
- ◊ Comienzo insidioso (gradual), antes de los 20 años.
- ◊ La forma simple o desorganizada tiene peor pronóstico si tiene aplanamiento afectivo y en la historia familiar se ha dado dicha enfermedad.

Adaptación social

- ◊ La mayoría de los Esquizofrénicos (60–70%) no viven en pareja y tienen contactos sociales limitados.
- ◊ La complicación más grave que puede ocurrir es el suicidio y los factores de riesgo de suicidio son: sexo masculino, edad menor de 30 años , síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente.
- ◊ Frecuente comorbilidad con trastornos por usos de sustancias.
- ◊ En los hombres la enfermedad aparece en una edad más temprana, la aparición del primer episodio es a los 25 años pero en mujeres tiene lugar en torno a los 30.
- ◊ Las mujeres tienen un mejor pronóstico porque presentan síntomas de tipo afectivo.

Tratamiento

Delirio y Alucinaciones ! Química

Síntomas prodrómicos ! Antipsicóticos

Estrés y poco apoyo social ! Terapia de conducta

El curso o evolución de la Esquizofrenia en general es fluctuante con remisiones, se tiende a valorar como crónico pero lo importante es controlar los brotes.

La remisión completa o vuelta absoluta a la normalidad no es habitual; Entre el 23 y 39% de los casos sólo aparece un episodio

TRASTORNO BIPOLAR (Psicosis maníaco-depresiva)

Es un trastorno que alterna episodios maníacos con episodios depresivos; la diferencia entre trastorno Bipolar y el trastorno Ciclotímico es que en este último los criterios de depresión no siempre cumplen criterios de depresión mayor y en el Bipolar ha de cumplir los criterios de depresión mayor.

Episodio Maníaco (manías)

Una manía es un estado de ánimo anormal persistente, expansivo, irritable, con una autoestima falsamente elevada, disminución de las necesidades de dormir, verborrea, fuga de ideas. Aparece agitación psicomotora y aumento de la actividad sin rendimiento, este último punto acarrea consecuencias graves como proligalidad, promiscuidad sexual, compras masivas, etc.

Tipos de trastorno bipolar: Tipo I (maniaca) y tipo II (hipomaníaca), la diferencia es la intensidad de la fase maniaca.

Tratamiento: Sales de Lítio (plenur). No hay tratamiento psicológico para este trastorno

Prevalencia: Más baja que la Esquizofrenia.

TRASTORNO CICLOTÍMICO

- ◇ Alterna episodios hipomaníacos con episodios depresivos que no cumplen siempre los criterios de depresión mayor.
- ◇ Es de menor gravedad que el trastorno bipolar.
- ◇ El tratamiento es farmacológico y la base es biológica.

TRASTORNO ESQUIZO-AFECTIVO

- ◇ Ocurre cuando se mezcla depresión mayor, manía o ambos con esquizofrenia.
- ◇ Se da más en mujeres.
- ◇ El comienzo es al iniciar la edad adulta.
- ◇ Es menos frecuente que la esquizofrenia
- ◇ El tratamiento es con neurolépticos.

TRASTORNO DELIRANTE (Paranoia)

- ◇ Es una psicosis caracterizada por ideas delirantes no extrañas que tienen coherencia.
- ◇ La paranoia no presenta típicamente alucinaciones y si las presenta son de tipo táctil u olfatoria, relacionada con los delirios.
- ◇ Aparece a mitad de la edad adulta.
- ◇ El ajuste social es bueno salvo en lo relacionado con el tema delirante.
- ◇ Se deteriora más lo socio-afectivo que lo laboral.

Tipos

- ◇ Erotomaniaco: Alguien está enamorado de ti.
- ◇ De grandeza: Se las da de ser más que nadie.
- ◇ Celotípico: Celos de alguien
- ◇ Persecutorio: Piensa que están en contra de él y le

persiguen.

◇ Somático: Defectos físicos y enfermedades.

◇ Mixto: De todo tipo.

Prevalencia: Menos del 0'03%

Tratamiento: Antipsicóticos y neurodectricos.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

◇ La sintomatología es igual a la de la esquizofrenia pero dura obligatoriamente menos de un mes y más de un día.

◇ Es menos frecuente que la esquizofrenia y suele aparecer en torno a los 30 años.

◇ Se produce una vuelta a nivel de funcionamiento premórbido (antes de la enfermedad)

◇ No tiene por qué tener más episodios.

◇ En muchos casos hay un desencadenante grave.

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO

Una persona por el hecho de convivir estrechamente con un enfermo psicótico desarrolla sintomatología psicótica.

Aparece más en mujeres y suele ser menos grave que la persona de la cual ha imitado el trastorno.

TRASTORNO PSICÓTICO PRODUCIDO POR SUSTANCIAS

Existen psicosis producidas por sustancias tóxicas.

Psicosis por enfermedad médica

Hay un abanico muy grande que puede producir psicosis.

Psicosis postparto

Debida a una descompensación de los cambios hormonales.

Ecuación fundamental del peso

Calorías ingeridas = Metabolismo basal + Actividad física + ADE (Actividad dinámica

específica: digestión

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Estímulos

Activación Activación

EEA fisiológica fisiológica

+ Interpretación Respuesta Motora

EINT Catastrofista (ir al centro de salud)

Estilo Cognitivo Reforzamiento

de la conducta

Trastorno de la personalidad no especificado:

- ◇ Trastorno pasivo–agresivo de la personalidad
- ◇ Trastorno depresivo de la personalidad
- ◇ Otros