

BLOQUE I: ANSIEDAD

TEMA: 1 TRASTORNO de ANSIEDAD

***CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN:**

Ansiedad: Componente habitual de la mayoría de trastornos mentales y enfermedades físicas.

También es componente habitual de muchas situaciones de la vida diaria.

Es necesario distinguir entre ansiedad como síntoma y ansiedad como síndrome.

ANSIEDAD VS. ANGUSTIA:

Misma raíz indogermánica: anhh: estuchuz, constricción apuro malestar.

Diferencia latina entre anxietas y anger.

Francés: Anxiété: malestar e inquietud del espíritu

Angoisse: molestias epigástricas, dificultad respiratoria, adaptada por la psiquiatría francesa y española para distinguir entre ansiedad (predominio, componentes psíquicos) y angustia (predominio físico).

En psicología no se plantea la diferencia y se utiliza sólo el término ansiedad y no el de angustia.

La diferencia entre trastorno de ansiedad y trastorno de angustia se basa en la sintomatología física..

MIEDO: Estímulo identificable amenazante que proviene del exterior.

ANSIEDAD: Miedo difuso entre amenazas internas o externas identificables o no

EPSTEIN, 1972:

MIEDO: Drive (impulso) que motiva al organismo a evitar o escapar ante una fuente de estímulos; ante la percepción de amenaza o peligro.

ANSIEDAD: Estado emocional de miedo (mucho más difuso) no resuelto o estado de activación, sin disección específica tras la percepción de amenaza.

BARLOW, 1988:

Diferencia entre miedo y aprensión ansiosa..

MIEDO: Alarma primitiva como respuesta ante un estímulo presente, con alta activación fisiológica y afecto negativo.

ANSIEDAD: Combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro (expectativa de miedo, algo malo va a pasar).

Conclusión:

Los términos son bastante equivalentes.

MIEDO: normalidad; *ANSIEDAD*: Patología.

MIEDO: Reacción normal, esperable, predecible ante un estímulo.

ANSIEDAD: Reacción de miedo excesivo o desproporcionado ante un estímulo presente o posible.

MIEDO VS FOBIA:

J. MARKS (1969):

Requisitos para que un miedo pueda ser considerado como una fobia. (Miedo exagerado que constituye un problema).

- 1.- Miedo desproporcionado con respecto a la amenaza.
- 2.- Conduce a la evitación y escape de la situación temida.
- 3.- Ausencia de explicación racional o lógica más consciencia de ello.
- 4.- Fuera de control voluntario.
- 5.- Malestar o sufrimiento subjetivos.

* Todos estos elementos por separado no se pueden tomar. Tienen que cumplirse todos los requisitos para ser una fobia.

CARACTERÍSTICAS CONCEPTUALES DE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA:

WOLPE: Reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo que el organismo considera nocivo.

SPIELBERGEN, POLLANS Y WORDS: Reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del S.N.A.

CARACTERÍSTICAS:

- * Naturaleza anticipatoria: Concepto de expectativa, anticipa respuestas no experimentadas.
- * No adaptativa (a diferencia del miedo)
- * Desproporcionada.
- * No es realista: Falta de lógica e irracionalidad.
- * Produce sufrimiento (Búsqueda de ayuda).
- * Implica al menos 3 componentes o sistemas de respuestas: subjetivo (cognitivo) físico (somático), motor (conductual). Pueden o no aparecer conjuntamente:

SISTEMA SUBJETIVO-COGNITIVO:

- * Relacionado con la experiencia subjetiva (interna).
- * Incluye percepción y evaluación de los estímulos.
- * Incluye las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos.
- * Estados emocional desagradable diferente a la ira o tristeza parecido al miedo.
- * Es el elemento central de la clínica.

SISTEMA FISIOLÓGICO–SOMÁTICO:

- * Cambios físicos relacionados con la hiperactividad del S.N.A.:
 - Cambios externos: sudoración, dilatación pupilar, temblor, aumento de la tensión muscular, palidez.
 - Cambios internos: aceleración cardíaca, respiración, menor salivación.
 - Algunos dependen del control voluntario (ej: agitación respiratoria).

SISTEMA MOTOR–CONDUCTUAL:

- * Componentes observables del comportamiento del individuo:
 - Expresión facial.
 - Posturas características corporales.
 - Comportamientos de escape o huida ante el estímulo (incluso la presencia verbal).
 - Evitación.
- * No todos estos sistemas pueden estar presentes y además tener la misma intensidad; pueden aparecer disociados: Fraccionamiento del triple sistema de respuesta (uno puede predominar sobre otro). Diferencias individuales en el perfil básico y/o predominante.

IMPORTANCIA:

- 1.– Diagnóstica: diferentes grupos de pacientes.
- 2.–Terapéutica: Desarrollo de intervenciones específicas según el patrón predominante de respuesta.
- 3.– Pronóstico: alta concordancia, buen pronóstico.

DEL CONCEPTO DE NEUROSIS AL DE ANSIEDAD:

Descripciones clínicas de ansiedad patológica desde hace siglos.

La ansiedad incluida en el concepto de Neurosis:

CULLEN: Inflamación de los nervios S. XVIII.

SIGMUNS FREUD: (S. XIX, XX).

–Causalidad psicológica de las neurosis. (Elimina el componente biológico de Cullen).

–Utilidad descriptiva (síntomas) y etiología (mecanismos de defensa) del término Neurosis: Sigue manteniendo el término, aunque postulaba una etiología psicológica por estas dos razones:

–Ansiedad es el núcleo básico de la neurosis:

Reacción emocional que sirve para alertar sobre la presencia de señales de peligro (amenazas).

– Dos tipos de neurosis dependiendo de si la ansiedad es:

1.– Sentida o experimentada: (Neurosis fóbica, Neurosis de ansiedad).

Cualquiera incluyendo el individuo se puede dar cuenta de que lo que le pasa es una reacción de mecanismo de defensa.

2.– Inferida (Neurosis obsesivo–compulsiva, Neurosis tristéica)

Aquí el componente ansioso no está tan claro.

Conceptos actuales como ansiedad observada vs. Ansiedad inferida, manifiesta vs. Latente, son heredadas de esa distinción.

* Las contrapuso a la psicosis:

–Contacto intacto con la realidad.

–Ausencia de violación de normas sociales.

– Autorreconocimiento de síntomas como inaceptables, lógicos.

– El principal foco del problema está en el malestar y/o el sufrimiento emocional.

– Ambas entidades (neurosis y psicosis) forman parte de una misma dimensión psicopatológica relacionada con el funcionamiento del YO.

Neurosis

Normalidad Patología

HANS J. EYSENCK (2ª mitad s.xx):

Entre la normalidad y la patología existen puntos intermedios. No podemos conceptualizar normalidad y anormalidad como aspectos totalmente distintos.

Existe una dimensión continua de psicopatología: hay diversas dimensiones independientes de normalidad–anormalidad, basadas en rasgos estables de personalidad.

Concepto de neurotícismo vs. Psicoticismo. (Reconceptualización de las neurosis. Planteamiento multidimensional.

LA HERENCIA FREUDIANA: LOS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO DSM-I Y DSM-II.

Los trastornos con la ansiedad se conceptualizan como:

Psiconeuróticos (DSM-I, 1952) enfatiza el origen psicológico.

Neuróticos (DSM-II, 1968).

Ambas denominaciones poseen idéntico significado.

En ambas la ansiedad ocupa un papel central.

DEFINICIÓN:

- 1.- Presencia de síntomas de malestar emocional (síntomas de un yo distónico).
- 2.- Se asume el supuesto etiológico freudiano de que las neurosis son defensas contra la ansiedad.

DSM-I DSM-II

- 1.- N. de ansiedad (ansiedad general). Idem.
- 2.- N. Fóbica (ansiedad específica). Idem.
- 3.- N. Obsesivo-compulsiva. Idem.
- 4.- N. Depresiva. Idem.
- 5.- N. De conversión disociativa. Idem.
- 6.- Neurastémica
- 7.- Hipocondríaca.
- 8.- Despersonalización.

AÑOS 50 DSM-III LA ANSIEDAD VENCE LA NEUROSIS:

*** INNOVACIONES GENERALES:**

- Elude supuestos etiológicos.
- Énfasis en síntomas observables.
- Reordenación profunda del sistema de ordenación de las categorías diagnósticas y de sus contenidos.
- Diagnóstico multiaxial.

*** INNOVACIONES ESPECÍFICAS DE LOS T. ANSIEDAD:**

- desaparece la categoría genérica de Neurosis y sus contenidos se incluyen en 3 categorías:
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatoformes (conversión, hipocondría)
- Trastornos disociativos (fuga, personalidad múltiple).
- Las neurosis depresivas se excluyen de estas categorías y se incluyen los trastornos afectivos.
- Aparecen nuevos trastornos estrés post-traumáticos
- Y otros desaparecen (neurastenia).
- Se mantienen 2 grandes subgrupos de trastornos de ansiedad. Según se asocien o no a objetos o a situaciones específicas (fobias vs. Ansiedad general).

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LOS T. ANSIEDAD EN DSM III:

* Síndromes en los que la ansiedad es:

- a) La perturbación predominante (pánico, generalizada).
- b) Experimentada cuando se presentan síntomas y el sujeto intenta dominarlos (fobias, T.O.C /trastorno obsesivo-compulsivo/).

* Se excluye el diagnóstico de trastorno de ansiedad cuando la ansiedad se debe (o aparece asociada) a otros trastornos (ej: esquizofrenia, depresión, ...).(Se considera el T. Ansiedad secundario si se cumplen otros criterios) no tiene entidad propia, tb es secundaria desde el punto de vista conceptual.

TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

* Trastornos fóbicos (Neurósis fóbicas)

- Agorafobia con pánico.
- Agorafobia sin pánico.
- Fobia social.
- Fobia simple.

* Estados de ansiedad (neurosis de ansiedad) (No hay objeto)

- Pánico (trastornos por angustia)
- Ansiedad generalizada
- TOC (neurosis obsesivo-compulsiva)

* Trastorno de estrés post-traumático (nuevo)

* Trastorno atípico (residual, no llega a cumplir todos los criterios).

* Trastorno de inicio en la infancia o adolescencia:

–Ansiedad de separación.

–Trastorno de evitación.

–Trastorno de hiperansiedad.

BASES DE LA CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL

CAMBIOS INTRODUCIDOS EN EL DSM–III–R:

1.– trastornos de ansiedad generalizada:

–Deja de ser considerada como un trastorno residual.

–Se redefine y se convierte en una entidad clínica con características propias, centradas sobre el concepto cognitivo de preocupación.

2.– Trastorno de Pánico:

– No hay cambios sustanciales en los criterios de diagnóstico.

–Si hay un cambio conceptual: antes podía aparecer con agorafobia, ahora si aparecen juntos como dentro del trastorno de pánico. Así el trastorno de pánico se considera como un fenómeno central en aforafobia (primacia del pánico frente a la aforagofia).

DSM–IV (1994)

* No hay cambios importantes.

* Las innovaciones se refieren a :

–Especificaciones de criterios diagnósticos para el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

–Especificaciones de subtipos para trastorno de pánico, fobia específica y trastorno de estrés postraumático (agudo y crónico).

* Se introducen 3 categorías nuevas:

– Trastorno de estrés agudo.

– T. A. Debido a condición médica.

– T. A. Inducido por sustancias.

* Se asumen más postulados etiológicos (ej: TA por condición médica o inducido por sustancias).

* Cambios en la caracterización de los T.A. de inicio en la infancia y adolescencia: el único que se mantiene como específico es el de ansiedad de separación: interpretación unitaria de los T.A. con independencia de la etapa de desarrollo evolutivo en el que se encuentra el individuo.

DSM IV comparación= son muy parecidas **CIE IO**

Aquí no está Trastorno mixto de ansiedad–depresión.

Normalmente un síntoma de ansiedad no

se presenta sólo y sobre todo sin el trastorno de depresión. Tb.

se intenta responder a la tendencia de distinguir ansiedad y

depresión y hablar de trastornos emocionales que compartían

aspectos en conjunto y específicos pero no tan diferentes para

hablar de entidades distintas.

COMORBILIDAD ENTRE T.A.:

Comorbilidad:

a) Similitud y/o solapamiento de síntomas entre trastornos diferentes.

b) Co-ocurrencia de trastornos en una misma persona.

Implicaciones:

a) Diagnósticas: Cuál es el diagnóstico, cual es el trastorno principal.

b) Etiológicas: Causas distintas para los distintos trastornos y/o síntomas. Cuales son las primarias.

c) Investigación: (hasta qué punto los trastornos puros son reales y presentan a la mayoría de la población psicopatológica).

Comorbilidad entre T.A.:

Los trastornos por ansiedad tienen una alta comorbilidad entre ellos y también entre ellos y depresión.

En el T. De pánico la comorbilidad es muy importante pero sobre todo en la depresión.

Normalmente una agorafobia viene acompañada por fobia específica en un 50%.

Fobia social suele ir acompañada de fobia específica el 29% de los casos.

Trastorno de ansiedad y depresión mayor el 21%.

TP AGORAFOBIA F.ESPEC F.SOCIAL TAG TOC DM

TP – – 4 33 14 6 21

AGORAFOBIA – – 4 17 17 33 57

F.ESPEC 12 50 – 66 38 28 57

F.SOCIAL 6 11 29 – 34 6 25

TAG 11 6 6 6 – 8 21

TOC 19 7 4 7 7 – 10

OTROS 61 47 41 48 68 67 6

TEMA: 2 TEORÍAS EXPLICATIVAS GENERALES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

1.-FREUD: MODELO ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

(ELLO-YO-SUPERYO)

1ª Formulación psicológica sobre T. Ansiedad.

ANSIEDAD: Reacción del yo a las fuerzas del ello (instintivas). Señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos.

¿Cómo se forma la ansiedad neurótica?

La ansiedad patológica es una derivación de la ansiedad normal.

Tiene que ver con la consolidación de un círculo vicioso

- 1) El sujeto trata de materializar los impulsos (sexuales y agresivos) en forma de conductas.
- 2) Las conductas pueden ser castigadas peligro miedo ansiedad objeto (adaptativa, evita el castigo).
- 3) Reexperimentación posterior de la ansiedad a partir de señales internas(gritos, recuerdos, sueños,...).
- 4) Experiencia desagradable: necesidad de afrontar la depresión de señales internas.
- 5) Pero la represión nunca es completa en cualquier momento pueden reaparecer (consciencia).

Fragmentos (aislados o no) del material reprimido o sus representaciones simbólicas.

6) Estos fragmentos son lo que constituyen: Ansiedad Neurótica: Las fobias constituyen el núcleo básico de los trastornos de ansiedad. Tenían una ventaja: eran fácilmente reproducibles en el laboratorio.

2.- TEORÍAS DEL APRENDIZAJE.

2.1 CONDICIONAMIENTO CLÁSICO: WATSON, RAYNER(1920)

A.- PLANTEAMIENTO BÁSICO:

Cualquier estímulo neutro puede convertirse en psicopatológico cuando se asocia con otros estímulos que sí provocan miedo (principio de la equipotencialidad (un E.N deja de serlo y pasa a ser E.C).

Provocará R condicionadas de miedo.

* La ansiedad es un RC emocional.

* La repetición de la asociación EI-EC aumenta la fuerza de la RC de miedo.

* Las R de miedo fóbico serán mayor cuando mayor sea la intensidad del miedo natural (ej: el provocado por E.I nocivos, tigre).

* Otros E.N que sean similares a los EC puedan a su vez elicitar RC (miedo condicionado): Generalización.

* Estas RC serán mayor cuanto mayor sea el parecido entre los E neutros (que se han condicionado entre sí).

B.- INSUFICIENCIAS:

Que servirán de base para la reformulación de las teorías de aprendizaje.

1.- Inviabilidad del principio de equipotencialidad. Las fobias presentan propiedades selectivas y no arbitrarias. No está claro el principio de equipotencialidad en la formación de fobias, es decir, en que un EN deje de serlo.

2.- La presencia de acontecimientos traumáticos no es condición necesaria ni suficiente para producir RC de miedo (no es necesario que el sujeto se enfrente al tigre para que le tenga miedo).

3.- No explica la falta de extinción de la RC de miedo una ausencia de reforzamiento según la Teoría Pauloviana, la RC se extingue si se deja de producir la asociación EI-EC. Pero las fobias no siguen ese patrón se siguen produciendo a pesar de que no se refuercen, (una vez ya hayan sido adquiridas).

2.2. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO Y OPERANTE

MODELO BIFACTORIAL. MEDIACIONAL DE MOWRER.

A.-PLANTEAMIENTO BÁSICO:

* Paradigma de evitación activa: El sujeto tiende a escapar del E que provoca miedo y a evitar los E.I (dos elementos importantes: ESCAPE Y EVITACIÓN)

2 reacciones básicas.

* Bifactorial: Dos fases en la adquisición de R de miedo:

1ª.- Condicionamiento Clásico:

a) Establecimiento de RC de miedo por condicionamiento clásico.

b) La RC adquiere propiedades de drive (impulso) secundario, con capacidad para mediar y motivar el inicio de una R instrumental de escape/evitación.

2ª.- Condicionamiento Instrumental: (Evitación activa)

a) El sujeto aprende a escapar de la exposición al E.

b) El éxito es seguido por la reducción del miedo: la evitación queda

reforzada negativamente = carácter mediacional del miedo.

1 2

MIEDO EVITACION DEL E.

4 3

LA EVITACIÓN SE REDUCCIÓN DEL

REFUERZA MIEDO INICIAL

B.-INSUFICIENCIAS:

1.- Las Rs de evitación son resistentes a la extinción aun en ausencia de miedo a pesar de que según el modelo, si se extingue el miedo debe extinguirse tb. la evitación.

2.- Aunque se extinga la evitación, puede seguir habiendo miedo (ej: las Rs automáticas de miedo: subo al avión = No lo evito pero lo paso fatal).

3.- La analogía entre evitación y fobia no es correcta y es poco relevante en la clínica.

C.- ALTERNATIVAS TEÓRICAS:

Tres tipos de modelos alternativos y/o complementarias:

- * Énfasis en condicionamiento operante; poco o ninguno valor al clásico (alternativas no mediacionales)
- * Mejora del modelo original.
- * Inversión de la secuencia clásico-operante (la condición operante es la que influye sobre las Rs autónoma).

3.-TEORIAS DE LA PREPARACIÓN:

¿Por qué las fobias se asocian a unos tipos de Es y no a otros?

A.- CONCEPTO DE PREPARACIÓN:

SELIGMAN: Los organismos están preparados filogenéticamente, vía el proceso evolutivo de la especie, para asociar ciertos Es. con facilidad y otros no (o con dificultad). El principio de la equipotencialidad no es viable.

- * *Estado preparado* = Está preparado biológicamente para ser asociado a Es. Determinados.
- * *Estado prepotente* = Aquel que por su valor evolutivo elicitaba Rs de atención y activación. MARKS.
- * *Preparación vs. Vulnerabilidad* = Filogenia vs. Ontogenia.

Vulnerabilidad de la especie = Preparación.

Vulnerabilidad de la persona = Vulnerabilidad.

- * Entonces = Significado biológico – Evolutivo de la preparación

Continuo evolutivo de preparación, dependiendo de las características de los elementos a tomar (ej: Es y Rs).

PREPARACIÓN NO PREPARACIÓN CONTRA PREPARACIÓN

(No determinación (especie no vulnerable a biológica) determinadas situaciones).

CARACTERÍSTICAS DE LAS FOBIAS:

- 1.- Son selectivas, frente a la equipotencialidad sino que están limitadas a un rango de E que amenazan al sujeto como tal o como especie.
- 2.- Fácil adquisición: Frente al condicionamiento de miedo en el laboratorio (solo posible tras ensayos repetidos), las fobias se pueden adquirir tras 1 solo ensayo.
- 3.- Resistencia a la extinción: Las fobias no se extinguen fácilmente aunque no existan reforzadores que las mantengan.
- 4.- Irracionales: Existe una desproporción entre el peligro real y la experiencia de miedo que el sujeto

experimenta.

Conclusión:

Las fobias son ejemplares de aprendizaje preparado puesto que tienen un significado biológico y evolutivo. No son innatos. Lo que es innato es la predisposición a mostrar comportamientos fóbicos ante Es. Fóbicos relevantes.

OHMAN: Hay distintas fobias en función del significado filogenético:

- 1.- Miedos intraespecie = Fobias sociales o de inicio tardío (adolescencia). Están relacionadas con el sistema de dominio-sumisión de una especie.
- 2.- Miedos entre-especies = Comportamientos de defensa contra los depredadores. Son de inicio temprano y son fobias a animales.

RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE LA TEORÍA DE SELIGMAN:

- 1.- Existe un aumento de resistencia a extinguir. Respuestas autónomas que han sido previamente condicionadas mediante el emparejamiento de E. Fóbicos (fóbico-relevantes) con E.Is. Aversivos (ej: descargas eléctricas).
- 2.- Si se consigue esta fobia será difícil extinguir las Rs autonómicas (fisiológicas) no las comportamentales o cognitivas.
- 3.- No es necesaria la presencia física del E.I durante la fase de adquisición, pues los efectos se observan igual con condicionamiento indirecto o tras información cognitiva.

Estos resultados apoyan los principios de selectividad, adquisición fácil y resistencia a la extinción. (Este último más hallado en otros estudios).

ALTERNATIVAS AL CONCEPTO DE PREPARACIÓN:

* **DAVEN:** Algunas fobias y miedos comunes a los animales reflejan un proceso de evitación de la enfermedad más que uno de defensa a los depredadores.

* *Teoría de la incubación de la ansiedad* **EYSENCK:**

INCUBACIÓN: Los trastornos de ansiedad no surgen de la nada. Se tienen que dar unas características personales y situacionales para que se desarrolle la ansiedad, pero el germen lo posee ya en sujeto.

Eysenck integra conocimientos de la Psicología de la personalidad, aprendizaje y biológica para explicar la ansiedad. El concepto de incubación es complementario, no alternativo al concepto de extinción.

Asume la existencia de características personales y características filogenéticas (**Seligman**).

CONCEPTOS BÁSICOS:

LEY DE LA EXTINCIÓN: Postulado básico del condicionamiento Pavloviano. Las presentaciones sucesivas no reforzadas del EC llevan a la extinción de la RC.

Este patrón ha sido mostrado repetidamente en investigaciones sobre aprendizaje animal y humano.

Las fobias se forman mediante condicionamiento clásico, por lo tanto en principio deben estar sujetas a la ley de la extinción. Las fobias no se adecuan a esta ley, por lo tanto la ley de la extinción no es un principio universal.

Por el contrario, en la mayoría de los casos lo que sucede es que con el transcurso del tiempo es que la mayor parte de los trastornos de ansiedad exposiciones no reforzadas del EC no sólo no extinguen sino que en algunos casos aumenta la magnitud de la RC de ansiedad = *Fenómeno de incubación*..

Esta RC de ansiedad no es paradójica ya que se da en ausencia de refuerzo y se va autorreforzando a si misma con el transcurso del tiempo.

Para Eysenck que la ley de la extinción se explica mediante los principios del condicionamiento clásico tipo B. El EC sustituye al EI. La RC también tiene propiedades de drive y actuaría como EC para posteriores Rs.

Eysenck dice que la ley de la extinción es útil para explicar el tipo A pero no el tipo B. El proceso de neurosis sigue el proceso de incubación, se atiene al tipo B.

A) El E.I inicial tiene una cierta fuerza o bien la RC.

B) El tiempo de exposición al EC.

C) Variable de personalidad moduladores.

D) Diferencias individuales del sistema neuroendocrino. (Niveles de neuropeptidos: ACTH, vasopresina).

MODELOS COGNITIVOS:

Las fobias pueden adquirirse por condicionamiento directo e indirecto (transmisión de información) (observación). Lo importante es que pueden adquirirse por muy diversos mecanismos:

C. DIRECTO C. INDIRECTO

ANIMALES 33%

CLAUSTROFOBIA Si 65% No 20%

SANGRE Si 52% No 16%

SOCIALES Si 55% No 16%

AGORAFÓBIA Si 81% No 10%

Estos modelos cognitivos de aprendizaje pretenden incorporar los conceptos de procesamiento de información y los conceptos de aprendizaje.

* Modelo cognitivo de aprendizaje de **SELIGMAN** y **JONSTON**:

La evitación pueden explicarse en función de las expectativas que el sujeto espere encontrar.

Concepto de expectativas de R = Los organismos prefieren unos tipos de Rs. a otros. La preferencia determinará que R de el sujeto en función de las expectativas. En la R de evitación hay 2 expectativas:

- a) Ejecución.
- b) No ejecución.

* **BANDURAS:** expectativa de autoeficacia.

La ansiedad está relacionada con expectativas de autoeficacia negativas y no con expectativas de resultados como dicen Seligman y Jonston.

Las expectativas de autoeficacia se construyen mediante experiencias vicarias por experiencias directas por información verbal o por conciencia de la propia activación emocional.

* Modelo de expectativas de ansiedad de **REIR:**

Incorpora los conceptos de Seligman y Bandura. Incluye conceptos neopaulovianos y principios de condicionamiento operante.

Conceptos centrales:

Un sujeto desarrollará ansiedad en función de la expectativa que tenga de desarrollarla.

Hay: – Expectativa de peligro

- Expectativa de ansiedad
- Sensibilidad al dolor
- Sensibilidad a la ansiedad
- Expectativa de evaluación social.
- Sensibilidad a la evaluación social.

Reis propone que la ansiedad surge en torno a 2 conceptos: expectativas y continuidad. Se crearán círculos viciosos difíciles de romper, entre esos dos conceptos.

El tratamiento trabajará con las expectativas y no con los resultados.

HIPÓTESIS BÁSICA DE REIS:

- 1.– Algunos miedos están generados por expectativas y sensibilidad a la ansiedad.
- 2.–Existen diferencias individuales.
- 3.– Esa elevada sensibilidad a la ansiedad lleva a experimentar con mayor frecuencia miedos.
- 4.– La alta sensibilidad a la ansiedad no se asocia solo a agorafobia sino también a estrés postraumático y conductas adictivas.

La sensibilidad a la ansiedad es un factor de riesgo a padecer ansiedad. Midiendo esa sensibilidad se puede saber si un sujeto desarrollará o no una ansiedad. Sirve también para prevenir las recaídas.

ANSIEDAD Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Los primeros modelos de procesamiento de información no explican la esfera emocional que es la más afectada en la ansiedad.

* Planteamiento de **ZAJONC** = Emoción y cognición son procesos independientes que se dan en paralelo y que no se van a mezclar nunca.

Las Rs. emocionales no requieren esfuerzos cognitivos, son involuntarias, fáciles de comunicar y entender.

* Planteamiento de **LAZARUS** = La emoción es un proceso secundario a la cognición. La emoción es un proceso mental que acompaña al resto de los procesos mentales. La R emocional es el resultado de una valoración cognitiva de la emoción. 1ª Cognición 2ª Cognición.

Emocional y cognitivamente son inseparables. La emoción depende de la cognición.

* Situación actual: Los procesos cognitivos están ligados a la emoción. La emoción no es secundaria a la cognición. Son elementos distintos pero muy relacionados entre si. El que en un momento prime uno sobre otro depende de muchos elementos.

No siempre existe congruencia entre el estado de ánimo que se tiene y en tipo de información que se procesa. Esto no significa que la inducción de un determinado estado de ánimo facilitará el procesamiento de información congruente con ese estado de ánimo.

No todos los procesos de conocimiento actúan de esa forma:

- El procesamiento emocional está más relacionado con procesos automáticos.
- El procesamiento cognitivo está relacionado con procesos controlados.

TEORÍAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

1.- LANG:

Las imágenes emocionales son estructuras de tipo proposicional y no son meras imágenes sensoriales. Incluyen información de la emoción que experimenta el sujeto.

Esta información está almacenada en la MLP en forma de redes asociativas o proposicional.

Lo importante para un sujeto es saber que tipo de información se tiene almacenadas y cuales serían las consecuencias de la activación de alguno de los nodos de la red. Activar un nodo supone activar toda la red emocional.

Se activaría el triple sistema de R. La activación de un sistema supone activar los otros dos.

No todos los nodos poseen el mismo valor, algunos son más prototípicos de la red. En función del valor que tenga en la red activará más ó menos ansiedad.

La memoria emocional contiene:

A) Información sobre el ambiente externo = características.

B) Información sobre el tipo de R que se da ante esos E emocionales.

C) Propositiones semánticas = Significado.

La información emocional es un tipo especial de información que se organiza de la misma forma que cualquier otra información.

Lang dice que hay diferencias en cuanto a la extensión de las redes, organización e integración de los nodos. Esto en los trastornos de ansiedad existe un continuo, según lo anterior.

FOBIA ESPECÍFICA FOBIA SOCIAL AGORAFOBIA

Alta integración No integración

de los nodos de los nodos

El tratamiento consiste en reconstruir con el sujeto la propia red problemática. Hay que revivir con el sujeto el nuevo guión creados promoviendo conexiones distintas entre los conceptos.

El tratamiento consiste en activar la memoria emocional mediante información verbal organizada (guiones).

Exposición al E sin consecuencias = reducción del miedo.

SESGOS O TENDENCIAS DE CONOCIMIENTO EN LA ANSIEDAD:

* Hipótesis: Los sujetos con Trastorno de ansiedad presentan sesgos cognitivos a la hora del procesamiento de la información relacionada con las emociones.

Lo que se busca es ¿Cuales son esos sesgos?

Hay 2 grupos de trastornos de procesamiento que son congruentes con el estado de ánimo que tiene el sujeto.

La diferencia entre ambas son los contenidos y procesos que se usan. En la ansiedad los contenidos son amenazas, en la depresión el contenido se refiere a la pérdida.

Los sujetos con trastorno de ansiedad seleccionan, codifican, recuperan información relacionada con amenaza.

* **MODELOS:**

* Modelos de **BECK**: Esquema: agrupación de conceptos que constituyen el conocimiento genérico del mundo. Se adquieren durante la vida. Son las estructuras básicas de conocimiento.

Los esquemas guiarán el procesamiento de información relacionadas con ellos. También sesgan la selección de nueva información.

La activación de un esquema se da:

a) Por similitud entre el E. y el esquema.

b) Por similitud entre el estado de ánimo y la información del esquema.

Existe una congruencia entre el estado de ánimo y la información que se procesa.

La depresión y la ansiedad se diferencian por los esquemas que están activados unos y otros. Son distintos en el contenido.

*** Modelo de BOWER:**

El conocimiento está organizado en forma de red y no de esquema. Las emociones están presentadas en nodos asociados entre sí que forman una red asociativa.

La unión entre los nodos se diferencia por la cercanía, intensidad.... Siempre hay una parte de la red que está activa.

Ej: ANGEL CUMPLEAÑOS

NAVIDAD

ALEGRÍA

REGALOS

TEMBLOR

PASTEL

APROBAR

Las diferentes redes están conectadas entre sí.

Plantea 2 hipótesis básicas sobre las funciones de las emociones:

1.- Hipótesis de la congruencia del estado de ánimo:

Cuando estoy alegre proceso información alegre: El sujeto en función de su estado de ánimo procesa información cuyo valor afectivo es congruente (similar) al estado de ánimo en el que está..

2.- Hipótesis de la independencia del estado de ánimo:

Se refiere a información almacenada. En función del estado de ánimo se recordará información relacionado con él. Lo que se recuerda está en parte determinado por lo que aprendí en momentos distintos en que me encontraba con un estado de ánimo igual.

La dependencia y congruencia se da más en depresión que en ansiedad.

*** Grupo de MECIUS y Mc LORD:**

Los trastornos por ansiedad presentan un modo de atención especial para información amenazante.

En la depresión está sesgado el proceso Memoria. Diferentes en el contenido.

Las anomalías en la ansiedad se refiere a la atención selectiva. El contenido de ese sesgo es información amenazante. Este sesgo es automático que se da ya en las edades tempranas.

Las diferencias entre **Mecius** y **Mc Lord** están en la génesis de la ansiedad:

1.- Personalidad ansiosa: El sujeto tiene mayor ansiedad rasgo y por lo tanto tiene más probabilidad de tener sesgos atencionales. Cuando se activan entran a jugar los procesos de condicionamiento Pauloviano que formarían un círculo vicioso.

El sesgo de interpretación tiene que ver con alta ansiedad rasgo.

Por lo tanto, con aumento de ansiedad rasgo hay dos tipos de sesgos:

- a) Atencionales (percepción de la amenaza)
- b) Interpretación.

BLOQUE II

TEMA: 3 SÍNDROMES CLÍNICOS DE LA ANSIEDAD

1.-PÁNICO:

La denominación crisis de angustia o ataque de pánico describe la aparición repentina de miedo intenso acompañado de síntomas físicos.

Existen 3 conjuntos de síntomas referidos al miedo.

Freud = Comienzo brusco, miedo intenso, síntomas físicos.

DSM-IV = Forma de ansiedad extrema cuyos síntomas son básicamente físicos. Hay aumento del SN autónomo. La R comportamental casi no existe. El componente cognitivo (miedos) son muy importantes. E de naturaleza espontánea. Aparece su E desencadenante del pánico. (Existe polémica sobre esto).

El pánico es un fenómeno común en todos los trastornos por ansiedad y es común entre la población no clínica.

Se plantea que existen 3 tipos (DSM-IV):

- 1.- Crisis de pánico inesperado o no señalado = No existe un estímulo desencadenante.
- 2.- Crisis de pánico limitadas situacionalmente = Si existe un disparador. Suele ocurrir cuando el sujeto se expone a esa situación.
- 3.- Mixta = A veces se da por la exposición al E desencadenante y otras veces no.

Puede no ocurrir inmediatamente después a la exposición.

GÉNESIS: Explicación cognitiva.

No remiten de forma espontánea. El tratamiento cognitivo es muy eficaz.

PERCEPCIÓN DE 1 AMENAZA

Consciencia de los indicios

interoceptivos (disea,...)

Voy a morir

Interpretación catastrófica

Aumento de la activación

autonómica Hiperventilación PÁNICO

CÍRCULO VICIOSO DEL PÁNICO

2.- TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

Antes del DSM-III: se llamaba neurosis de guerra. El T.E.P. se produce cuando un sujeto ha sufrido o ha sido testigo de agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de un sujeto y cuando la reacción emocional experimentaba una R interna de miedo o indefensión.

Lo importante es como responde el sujeto a la situación no la situación misma.

SINTOMATOLOGÍA:

1.- Reexperimentación recurrente e incontrolable de las Rs que doy a la situación.

2.- Evitación persistente de los E relacionados con el trama e incapacidad para responder.

3.- Síntomas persistentes de hiperactivación autonómica.

Pueden padecer un TEP sujetos que hayan visto catástrofes naturales, agresión y accidentes.

Suele ser más grave cuanto más intenso ha sido el suceso y cuando las causas se deben a otras personas.

Las poblaciones más estudiadas son los excombatientes y las mujeres víctimas de agresiones sexuales.

Estas 2 poblaciones se distinguen en:

* Los excombatientes muestran pesadillas, apatía, amnesia selectiva, experiencias disociativas, alcoholismo, depresión,...

* Las mujeres víctimas de agresión sexuales muestran aumento de la activación autonómica que genera en muchos casos crisis de pánico.

PREVALENCIA:

De la población expuesta a un estresor fuerte en torno a un 1% ó 2%. Es más frecuente en mujeres que en hombres.

En general existe depresión y sentimientos de culpabilidad.

La sintomatología tiende a codificarse sin existir tratamiento. No remite espontáneamente.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN:

* Situación = Intensidad del trauma y como la vive la persona.

* Que la causa del trauma se deba a otros sujetos.

* Imprevisibilidad.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN:

* Mujeres.

* Más jóvenes.

* Patologías previas.

* Apoyo social escaso.

TIPOS:

1.- Trastorno de estrés post-traumático agudo:

Presencia de los síntomas en un período menor de 1 mes. Es una reacción adaptativa a una situación.

2.- Crónico: Más de 1 mes.

Tipos en función de la duración y formas de comienzo:

* Agudo: más de 1 mes y menos de 3 meses.

* Crónico: más de 3 meses.

* Diferida: no ha existido sintomatología en los primeros meses posteriores al trauma sino que aparece a los meses. Se da en un 30% ó 50%.

El TEP está considerado dentro de síndromes clínicos de ansiedad. Los síntomas, a veces, suelen ser iguales a los de la ansiedad generalizada, cambiando sólo el origen. En otras ocasiones también es muy parecido a una fobia.

El TEP tiene síntomas en común con otros trastornos de ansiedad:

1.- Fobias = El miedo y evitación de personas, lugares y situaciones asociadas al trauma refleja la presencia de Es condicionados parecidos a los existentes en los trastornos fóbicos.

2.- Ansiedad generalizada: Características en común:

– Algunas dimensiones de personalidad (N e Y).

– Existe un alto nivel de ansiedad global.

– Presencia de una hiperactivación fisiológica.

3.- Trastorno obsesivo-compulsivo:

- En ambos existe pensamientos e imágenes intrusivas.
- Disminución moderada de síntomas con fármacos antidepresivos en ambos casos.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL TEP :

Básicamente los mismos que los usados para hacer frente a los trastornos de ansiedad.

OBJECIONES EN UBICACIÓN DEL TEP DENTRO DE LOS T.ANSIEDAD:

- Las Rs de ira y tristeza pueden ser tan frecuentes como las de miedo.
- La activación psicofisiológica puede no ser necesariamente un reflejo de la ansiedad existente.
- Presencia de fenómenos disociativos.

UBICACIÓN NOSOLÓGICA:

* Síntomas en común con los trastornos disociativos:

- a) En el TEP suelen estar presentes fenómenos disociativos intensos.
- b) Las estrategias terapéuticas van encaminadas a hacer frente a la disociación.

* Síntomas en común con la depresión:

- Pérdida de interés en actividades que antes resultaban agradables.
- Evitación de personas.
- Sensación de acortamiento de futuro.
- Alteraciones del sueño.
- Dificultades de concentración.

WOLFE (1990) plantean que el TEP se puede reconceptualizar como una variante de la depresión.

COMORBILIDAD DEL T. POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

La comorbilidad es muy alta, tanto en estudios epidemiológicos como en estudios basados en nuestras clínicas. Las tasas tan altas de comorbilidad de este cuadro clínico puede deberse básicamente a 2 factores:

1.– Imprecisión de sus límites respecto a otras categorías diagnósticas:

- Depresión.
- Alcoholismo.
- Conducta antisocial.
- Dependencia de otras drogas.

- Trastornos del control de impulsos.

2.- Imprecisión de la depresión misma del trastorno. A nivel de solapamiento de síntomas hay una alta comorbilidad del TEP con:

- Depresión.

- Ansiedad generalizada.

- Fobia social.

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

Quizás estas altas tasas de comorbilidad serían menores si se acotase conceptualmente el trastorno y se limitasen los síntomas a los que son más específicos del mismo: la reexperimentación del evento traumático, las R. de alarma y la hipervigilancia.

Teorías de la ansiedad = Por el libro.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:

Trastorno fronterizo entre Neurosis y Psicosis.

*** CARACTERÍSTICAS BÁSICAS:**

a) Westphal (1877):

- La cualidad compulsiva de la experiencia.

- Reconocimiento en algún momento de la misma como irrelevante, absurdo o sin sentido.

- Que la experiencia sea (en alguna medida) resistida por la persona.

b) Schneider (1925):

- El carácter compulsivo de la experiencia.

- La carencia de sentido.

c) Lewis (1935):

- El carácter compulsivo.

- Resistencia a la obsesión.

d) Mayer-Gross, Slater y Roth (1955):

- Resistencia interna por parte del sujeto.

*** POLÉMICA RESPECTO AL COMPONENTE DE RESISTENCIA:**

Actualmente se considera que aunque en la mayoría de los casos la persona lucha contra la obsesión o la compulsión, producen numerosas excepciones, fundamentalmente por lo que respecta a la compulsión.

*** CONCEPTO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:**

Vallejo: Argumentos que hablan a favor de su cercanía con las psicosis.

- 1.- Los psicopatólogos clásicos franceses hablaban de las obsesiones en términos de locura (actualmente algunos autores usan la denominación de psicosis obsesiva para referirse a cuadros obsesivos especialmente graves).
- 2.- El carácter absurdo y carente de sentido de muchas obsesiones.
- 3.- Su génesis, muchos de estos cuadros emergen de forma súbita e incomprensible.
- 4.- La capacidad invasiva y destructora del trastorno.

*** ARGUMENTOS QUE MARCAN DISTANCIA CON LA PSICOSIS:**

- 1.- La conciencia de enfermedad.
- 2.- La carencia de intencionalidad exterior (autoreferencia). El problema está generado en él mismo (cabeza).
- 3.- La ausencia de deterioro. Su capacidad de forma de decisiones está intacta. Su funcionamiento intelectual está relativamente bien.
- 4.- El obsesivo lucha contra sus ideas, el esquizofrénico se identifica con ellos.

*** De Silva y Rachman:**

Aunque se afirma que las psicosis son más graves que las neurosis, algunos trastornos obsesivos causan más problemas y resultan más incapacitantes que la esquizofrenia. El paso del tiempo aumenta su gravedad.

*** Barlow:**

Al hablar de los trastornos de ansiedad resulta conveniente y necesario hablar en último lugar del trastorno obsesivo-compulsivo ya que es posiblemente la culminación devastadora de las manifestaciones más intensas de los trastornos emocionales.

*** Insel y Colb:**

El TOC como entidad independiente que se solapa con otros numerosos trastornos.

CONCEPTUALIZACIÓN:

OBSESIONES:

- Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes.
- Se experimentan al menos inicialmente como invasoras y sin sentido (la obsesión no es voluntaria sino que

es vivenciada por el sujeto como algo que invade su conciencia).

- El sujeto intenta controlar esa idea (aunque esa lucha puede cesar).
- La persona no contempla la obsesión como algo externo a ella sino que reconoce que se trata de su propio pensamiento.

COMPULSIONES:

- Conductas (o acciones mentales) repetitivas finalistas e intencionales que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o siguiendo determinadas reglas.

La conducta no da lugar a una actividad útil, sino que generalmente se plantea para prevenir un desastre o daño.

- No siempre existe una relación lógica entre la conducta y el peligro que se quiere conjurar o la relación es claramente excesiva.
- La persona lleva a cabo la conducta compulsiva para resguardarse o protegerse de la ansiedad.
- La acción es precedida o acompañada por una sensación de urgencia compulsiva y generalmente está presente un deseo de resistirse a ella.
- El sujeto reconoce la irracionalidad a falta de sentido de la conducta.

No obtiene placer alguno al realizarle aunque a corto plazo puede proporcionarle un alivio de la tensión o de la ansiedad.

Silva y Rachman: Subrayan la naturaleza activa de las compulsiones, acción voluntaria que el sujeto lleva a cabo como resultado de una urgencia compulsiva. No es una conducta automática. Está muy controlada.

* RELACIÓN ENTRE OBSESIONES Y COMPULSIONES:

El síndrome obsesivo-compulsivo consiste en una serie de eventos (manifiestos o encubiertos) que generan ansiedad. Estos sucesos reciben el nombre de obsesiones. Para aliviar la ansiedad producida por las obsesiones, se ejecutan una serie de conductas (manifiestas o encubiertas), estas conductas se llaman compulsiones.

* IDEAS TRADICIONALES que han INFLUIDO en los criterios DIAGNÓSTICOS del DSM para el TOC:

- Las obsesiones elicitán sentimientos subjetivos de malestar o ansiedad.
- Las obsesiones son acontecimientos cognitivos, mientras que las compulsiones son manifiestas.
- El sujeto reconoce que sus síntomas no tienen sentido. Esto no es así, porque muchas veces no es el contenido lo que importa sino la centralidad que la idea ocupa en la vida del sujeto.

CLASIFICACIÓN (CIE-10 y DSM-IV):

*CIE 10 (OMS-1992) : Mejor para los TOC

Criterios para el diagnóstico: Innovadores frente al CIE-9:

- a) Incorpora el elemento de gravedad
- b) Plantea que en algunas ocasiones, el obsesivo puede no reconocer que su comportamiento carece de sentido
- c) Plantea la posibilidad, en algunos casos, del abandono de la resistencia
- d) Recomienda la conveniencia de distinguir entre pensamientos obsesivos y actos compulsivos, debido a las implicaciones de cara al tratamiento.

* DSM-IV (1994):

Criterios para el diagnóstico: Innovaciones respecto al DSM-III-R:

- definen las compulsiones como conductas repetitivas o asociaciones mentales.
- Se puntualiza en: Existencia de otros trastornos...

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRAST. OBSESIVO-COMPULSIVO:

*Clasificación de **Marxs**:

1.-Rituales compulsivos con obsesiones = Dentro de esta categoría **Slern y Colb** (1978) distinguen distintos subtipos (un mismo sujeto puede presentar más de un ritual: a) Ritual de limpieza

- b) repetición
- c) comprobación
- d) acumulación
- e) orden.

2.- Lentitud sin rituales visibles.

3.- Obsesiones.

CLASIFICACIÓN DE **SILVA Y RACHMAN**:

El TOC puede dar lugar a diferentes manifestaciones o subtipos clínicos (la mayoría de los sujetos presentan más de un subtipo):

- 1.- Compulsiones de limpieza / lavado.
- 2.- Comportamiento de comprobación.
- 3.-Otros tipo de comportamientos manifiestos:
 - Repeticiones reiteradas de determinadas conductas.
 - Seguir secuencias estrictas al realizar una conducta.
 - Comportamientos de tocar.

– Comportamiento de acumulación.

4.– Obsesiones no acompañadas por conductas compulsivas manifiestas.

5.– Lentitud primaria.

Mirar las teorías por el libro.

TEMA: 4 TRASTORNO SOMATOMORFOS

En el S.XIX y S.XX **Charcot** y **Janet**, estudian las histerias y la tratan mediante la hipnosis. **Freud** hace la 1ª aproximación explicativa de las histerias.

Las características de estos trastornos son:

1.– Presencia de sintomatología física o somática pero que no se explican por una condición médica general o trastorno físico.

Puede existir una condición médica pero no explica totalmente esos síntomas físicos.

2.– Es necesaria la atención médica, es decir, son clínicamente significativas.

3.– Se presenta deterioro en alguna área de la vida del sujeto (laboral, social,...).

DSM II:

Los trastornos somatomorfos aparecen dentro de las neurosis histéricas. Hay 2 tipos: Los de conversión y el disociativo.

DSM-III:

Ya no forman parte de las neurosis histéricas. El trastorno de conversión será el único que se incluirá en los somatomorfos y los trastornos disociativos formarán un grupo por sí solos.

Desde aquí los trastornos somatomorfos enfatizarán los trastornos físicos y somáticos.

No hay condición médica ni causa orgánica que explique el trastorno somatomorfo.

DSM-III-R.

El trastorno dismorfico se incluye como una categoría específica.

DSM-IV:

–La característica esencial es la presencia de sintomatología física que sugieren una condición médica general y que no son explicables por esa condición.

– Deterioro significativo en algún área de la vida del sujeto.

– La agregación de éstos trastornos a una categoría general responden a criterios de utilidad clínica más que etiológica.

CONCEPTO DE SOMATIZACIÓN:

Característica diagnóstica esencial de los trastornos somatomorfos.

Stekel: La somatización hace referencia a un proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podrá causar un trastorno corporal (condición etiológica).

Lipowski: Tendencia a expresar el malestar (distress) psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de enfermedad física severa y en consecuencia solicita ayuda médica para ellos.

La somatización para él no es una categoría diagnóstica por sí misma.

CONCLUSIONES:

* La característica esencial es que ante el estrés, la activación emocional estos sujetos exhibirán un patrón somático más que cognitivo.

* La somatización es explicada por muchos autores como dolor corporal no explicado médicamente que se relaciona con problemas psiquiátricos.

Kellner:

La somatización alude a uno o más síntomas físicos. Plantea 2 condiciones:

- 1.- La evaluación médica no descubre una patología orgánica que explique esos síntomas.
- 2.- Aun cuando aparezca esa patología orgánica no puede explicar la gravedad de los síntomas experimentados por el sujeto.

El concepto de conducta de enfermedad se aplica a los trastornos somatomorfos.

Los somatomorfos se distinguen de los psicósomáticos en que en éstos últimos si hay una patología orgánica.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

- 1.- Trastornos de somatización: Patrón de síntomas somáticos múltiples y recurrentes que aparecen antes de los 30 años.
- 2.- Trastorno dismórfico corporal: Preocupación excesiva por alguna leve o inexistente anomalía física.
- 3.- Hipocondría: Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave.
- 4.- Trastorno de conversión: Presencia de síntomas o déficits no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial. (A los que Freud se refería como histeria).

Presentan similitudes con otros trastornos por eso hay que tener presentes estas cosas:

- a) Factores psicológicos que afectan al estado físico
- b) Presencia de enfermedad física. (Si la hay o no)

c) Si es simulación. (Surgen para conseguir algo)

d) Diferenciarlo con los trastornos facticios (el sujeto finge estar enfermo pero no saben para qué)

e) Diferencias con los trastornos del estado de ánimo. La diferencia es que los depresivos presentan los síntomas físicos solo durante el episodio.

f) Diferencias con los trastornos de ansiedad: Los síntomas físicos sólo aparecen durante el episodio de pánico.

En el tratamiento de ansiedad generalizada existe preocupación por los síntomas físicos y por otras cosas. En los trastornos somatomorfos sólo existe preocupación por los síntomas físicos.

g) Diferencias con los trastornos psicóticos: El psicótico está totalmente convencido

h) Los síntomas sexuales no se diagnostican como trastornos de conversión sino como un trastorno sexual.

Diferencias entre el DSM-IV y CIE-10. En éste último el trastorno de conversión se llama trastorno disociativo.

HIPOCONDRIA:

EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO: **Galeno** consideraba como una forma abdominal de melancolía caracterizada por un dolor abdominal y flatulencia y acompañado de síntomas mentales de miedo y tristeza.

Durante el s. XXII y XVIII se convierte en una enfermedad universal y surgen explicaciones tanto de carácter físico (dolor abdominal) como psicológico (forma especial de melancolía, con pena y tristeza).

En el s.XIX desapareció la idea de enfermedad y sobrevivió la idea de enfermedad imaginada o miedo a la enfermedad. Actualmente se sigue esta idea.

La hipocondría se enmarcó en los trastornos somatoformes e indica la preocupación exasperada por la salud.

EXPLICACIONES TEÓRICAS: Hay 3 enfoques:

* *Psicodinámico*: La hipocondría como canal alternativo para desviar a los demás instintos sexuales, agresivos u orales.

* *Psicosocial*: La hipocondría aparece por las ventajas que se dan de adoptar el rol del enfermo.

* *Hipocondría*: como alteración a nivel cognitivo o perceptivo.

Dentro de este enfoque hay 3 grupos de autores:

1.- **Barkley y Kolb**: La hipocondría como un estilo somático amplificador, los sujetos amplían las sensaciones somáticas y viscerales. Experimentan estas sensaciones como más intensas, nocivas y amenazadoras que los no hipocondríacos.

El estilo amplificador está formado por:

1.- Hipervigilancia corporal que conlleva a un aumento del autoexamen y focalización de la atención.

2.- Tendencia a seleccionar o centrarse en determinadas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues.

3.- Propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas.

Tienen una mala interpretación de sus sensaciones somáticas.

2.- **Kellper**: Ver libro.

3.- Modelo cognitivo-conductual del desarrollo de la hipocondría de **Warnick** y **Salowick**:

* ¿Por qué aparece?

– Experiencia previa

– Formación de supuestos disfuncionales.

– Incidente crítico.

– Activación de supuestos.

– Imágenes/pensamientos automáticos negativos.

ANSIEDAD POR LA SALUD, HIPOCONDRIA

Conductual Afectivo Cognitivo Fisiológico.

* Mantenimiento :

Ante un estímulo desencadenante el sujeto percibe.

PERCEPCIÓN DE AMENAZA

Interpretación Aprensión

de las sensaciones

como señal de enfermedad Cognitiva fisiológica Conductual

Preocupación por la percepción de anormalidad del estado corporal.

2.- TRASTORNOS DE CONVERSIÓN:

* Caracterización:

– Pérdida o alteración del funcionamiento motor o sensorial que lleva a pensar en un trastorno de enfermedad somática.

– Sin embargo se considera que etiológicamente los factores psicológicos están muy relacionados con su inicio. (P.j: el estudiante universitario que padece ceguera intermitente).

– Los autores admiten que es el resultado de algún conflicto o bien de algún tipo de trauma psicológico.

- Los síntomas de conversión más frecuentes: sordera, parálisis, afonía , ceguera y pérdida de sensibilidad (anestesia) parcial o total.
- No están apoyados por la evidencia médica (a diferencia de los trastornos psicosomáticos).
- No son fingidos, ya que se manifiestan como respuestas involuntarias que escapan al control consciente de los sujetos.

* Aportaciones etiológicas = 2 Enfoques:

– *Teorías Psicoanalíticas:*

La conversión está causada por la ansiedad que surge a partir de conflictos inconscientes. El síntoma de conversión podría desarrollar con el fin de permitir la expresión de un deseo o impulso prohibido.

Durante los años 60–70 posibilidad de que tuviese una base neurológica.

- *Teorías basadas en la asimetría cerebral:* enfatizaban el papel predominante del hemisferio derecho (siendo más vulnerables los zurdos). Sin embargo esta implicación neurológica estaría cuestionada.
- La laterización–conversión es algo prematuro dada la evidencia disponible.
- La anestesia de guante, la contradice (conversión–insensibilidad, punta dedos hasta la muñeca. Deterioro neurológico – estrecha basada desde la parte baja del brazo hasta uno o dos dedos de la mano.
- Bella indiferencia (Conversión–indiferentes y despreocupados ante los síntomas, aunque solo en una 3ª parte).
- Consistencia en el patrón de los síntomas.
- Frecuencia (conversión–infrecuente. Trastorno físico–frecuente).

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN:

* Evolución del término:

- Descrito originalmente en 1879 por **Paul Briquet** quien lo considera como una especie de histeria.
- Durante años 60 el **DSM–II** lo recoge bajo la denominación de Síndrome de Briquet (quejas polipsicótómicas relativas y vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, cambio de peso, dismenorrea o indiferencia sexual).
- El **DSM– III** incorpora como trastorno de somatización (37 síntomas). Grupo de síntomas gastrointestinales, dolores cardiopulmonares, conversiones sexuales y aparato reproductor femenino.
- El **DSM–IV** mantiene la relevancia de los otros a excepción de los cardiopulmonares.

* Caracterización:

- Reciben operaciones quirúrgicas innecesarias 5 veces más que los sujetos normales. La mayoría se encuentran localizadas en las regiones abdominales y uterinas.

- Más frecuentes en la mujer.
- Al igual que los hipocondríacos, estos sujetos exhiben una conducta (doctor shopping), van de médico en médico.

* Rasgos diferentes con hipocondría:

CARACTERÍSTICAS TRAST. SOMATIZACIÓN HIPOCONDRIA

- Focalización de quejas síntomas Implicación de los síntomas

(ej: enferm. Oculta)

- Tipo de quejas bajo, dramático más preciso e inafectivo
- Edad: 20–30 años 30–40 años
- Sexo: > nº en mujeres > nº en varones
- Apariencia física atractiva poco atractiva
- Rasgo de personalidad histriónica obsesiva
- Intención con cliente agradable confiado preciso, indiferente, desagradable

* Rasgos diferentes con conversión:

ASPECTOS TRAST. SOMATIZACIÓN TRAST. CONVERSIÓN

- Síntomatología polisintomática monosintomática
- Actitud indiferente infrecuente relativamente frecuente

(Bella indifference)

- Duración crónica recurrente aguda no recurrente
- Depresión manifiesta enmascarada
- Estatus de clasificación síndrome no síndrome
- Personalidad histriónica amenudo raramente concurrente

concurrente

- Personalidad:

Posible relación entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización.

Las tasas de comorbilidad entre pacientes con una u otra alteración varían ampliamente.

Guze y cols.: Histeria y sociopatía comparten algunas características comunes:

- Conducta antisocial.
- Alcohol y drogas.
- Historia familiar de conducta criminal.

Años 80: **Spalt**, Los resultados de su estudio mostraron una asociación entre la histeria y la conducta antisocial únicamente en el grupo de mujeres.

Turner y cols.: No puede concluirse que ambas patologías sean idénticas, solo puede sugerirse que existe una fuerte conexión entre ambas, se necesita más investigación.

- Etiología:
- **Briquet:** gran énfasis en factores ambientales como elementos precipitantes del trastorno.
- Grupo de **Escobar:** Los factores socioculturales juegan un papel importante en el inicio del desorden. En este sentido la mayor ocurrencia del trastorno por somatización en los estratos de población menos educados y con baja posición social apoyaría el supuesto.
- Algunas investigaciones han sugerido los factores neuropsicológicos.

Los pacientes pueden tener un deterioro atencional y cognitivo que se refleja en una percepción y en una evaluación defectuosa del imput somatosensorial.

TEMA: 5 TRASTORNOS AFECTIVOS:

DEPRESIÓN Y MANÍA

1.- DEPRESIÓN: INTRODUCCIÓN.

- * Mayor comorbilidad: más nº de síntomas en común con otros trastornos.
- * Síntomas ligados a acontecimientos (experiencia de la vida cotidiana).
- * A mediados de siglo los tiempos en que vivíamos fueron denominados la era de la ansiedad, más recientemente se les llamó la era de la depresión.

Puesto que nadie ha anunciado el final de la era de la ansiedad, es muy probable que ahora estemos viviendo en la era de la depresión y la ansiedad.

Costello, 1976

2.- PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN.

- * Entre el 9–20 % de las personas sufrirán algún síntoma de la depresión a lo largo de la vida.
- * Entre el 4–6 % sufrirán un cuadro de depresión completo.
- * El 10 % de la población se estima que es vulnerable.

* El doble de mujeres que de hombres sufren depresión.

En España: mujeres: 7.75 hombres: 4.46

* Menos de ¼ parte recibe tratamiento

a) Pedir ayuda es humillante, signo de debilidad.

b) No hay un auto-reconocimiento de enfermedad

c) El médico (generalista) puede reforzar ideas: la depresión es una reacción normal ante los problemas.

Freud: La miseria de la vida cotidiana.

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA:

* Síntomas físicos:

1ª visita: médico general.

– fatiga.

– pérdida de peso.

– no la tristeza patológica.

3.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

No aparecen de golpe. Es un comienzo lento, insidioso.

1.- Síntomas emocionales y afectivos: (estado de ánimo).

2.- Síntomas cognitivos.

3.- Comportamiento manifiesto y motivación.

4.- Síntomas biológicos (físicos).

Los síntomas dan lugar a la aparición de alteraciones a nivel de relaciones interpersonales y sociales.

A.- SÍNTOMAS EMOCIONALES Y AFECTIVOS.

Tristeza patológica: infelicidad, melancolía, anhedonia.

* Independiente de los contextos o situaciones.

* Puede complicarse con irritabilidad y hostilidad. Síntomas agresivos (niños y adolescentes).

* Aumento de comorbilidad con ansiedad.

B.- SÍNTOMAS FÍSICOS.

1.- Alteraciones del sueño:

- insomnio
- despertar precoz
- despertar frecuentes
- hipersomnia (ligado al insomnio).

2.- Fatiga, aunque no haya hecho esfuerzos.

3.- Pérdida/ganancia de apetito/peso.

4.- Disminución de la actividad/deseo sexual.

5.- Molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa).

6.- Ritmo endógeno: diurno (peor por la mañana), nocturno (peor por la noche).

Ritmo anual/estacional. La depresión es mayor con el cambio de estación o el inicio del invierno.

Ritmo hormonal en mujeres (menstruación, embarazo, post-parto, menopausia).

C.- SÍNTOMAS COGNITIVOS:

FORMA: Rendimiento defectuoso en:

* Memoria: recuerdo libre, sesgos situacionales o eventuales neutros, positivos o que no tengan que ver con ellos.

* Atención: concentración disminuye.

* Pensamiento: lentitud, inhibición, bloqueos.

CONTENIDOS: Sesgos hacia lo negativo:

* Valoración negativa de sí-mismo (falta de capacidad de méritos), autoesquema negativo.

* Generalización de lo negativo.

* Ignorar/minimizar evidencias en contra.

* Expectativas negativas de futuro.

* Sentimientos de culpa e indignidad.

* Autoinculpación inadecuada.

* Autodesprecio, pérdida de autoestima.

- * Realismo/pesimismo.
- * Desesperanza.
- * Ausencia de ilusión de control.
- * Selección atencional hacia lo negativo (relacionado con uno mismo).
- * Atribuciones internas para el fracaso y externas para el éxito.
- * Pensamientos negativos automáticos.
- * Reducción de sesgos positivos en codificación y recuerdo.
- * Mayor recuerdo de sucesos negativos.

Sesgo hacia lo negativo: ¿Causa o consecuencia de la depresión? Lo que si se sabe es que mantienen o aumentan la sintomatología depresiva.

D.- SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES Y MOTIVACIONALES:

- * Desaliño, descuido de la apariencia física.
- * Inexpresividad facial (máscara depresiva).
- * Enlentecimiento general (retardo psicomotor):
 - lentitud motora.
 - apatía
 - ausencia de iniciativas.
 - habla lenta, reducida, monosílabos.
- * Agitación motora, no productiva (depresión agitada) no dirigida.
- * Aislamiento social/ miedo al rechazo.
- * Bajo rendimiento laboral/ absentismo.
- * Dependencia pasividad.
- * Desamparo.
- * Rechazo (a veces agresivos) de ayuda.
- * Irritabilidad.
- * Aumento de autolesiones fortuitas.

Relacionados con las dificultades de concentración. Están relacionadas por la falta de atención (diferentes de

lo que serían intentos de suicidio no claramente manifiestos: habría que explorarlos).

4.- CURSO EVOLUTIVO DE LA DEPRESIÓN.

Entre el 50-80 % de los pacientes presentan al menos una recaída.

- * Depresión Unipolar: promedio de 4 recaídas.
- * Depresión Bipolar: promedio de 2 recaídas.
- * Más frecuencia, gravedad y mayor duración de las recaídas con el aumento en edad (especialmente en bipolares).
- * Los pacientes tratados que no mejoran en 2 años, mal pronóstico de remisión completa.
- * A pesar de un tratamiento adecuado, un 15 % no se recupera.

5.- FACTORES DE VULNERABILIDAD.

A) PÉRDIDA:

- * Reales o imaginativa.
- * De estatus, rol apoyo social, salud, otros significativos, afectivos.
- * Imprevistas, se suman a otras pérdidas previas: apoyo emocional importante, afectan a la identidad o autoestima, causan dolor, historia personal y/o familiar.

B) PROBLEMAS INTERPERSONALES:

- * Disputas, transiciones y/o cambios vitales.
- * Enfermedades propias y ajenas.

C) DESAMPARO, DESESPERANZA, SENSACIÓN DE PÉRDIDA DE CONTROL:

- * Muy común en enfermos médicos.

D) Hª ANTERIOR DE EPISODIOS DEPRESIVOS O MANÍACOS:

- * Cantidad
- * Remisión
- * Grado de remisión
- * Tratamientos previos antidepresivos.

E) HISTORIA FAMILIAR:

- * Tasa del 50 % entre familiares de 1ª grado.

* Si hay hª familiar la depresión aparece en edades más tempranas y hay más recaídas.

* Hª familiar de suicidio, alcoholismo o conducta antisocial.

* ¿Hay Rs. Familiares al tratamiento antidepresivo?

Los síntomas depresivos debidos a medicación desaparecen tras la retirada del medicamento o bien disminuyen considerablemente.

También enfermedades de cualquier tipo, especialmente si es crónica, producen depresión (por desesperanza). Si se le muestra que hacer con respecto a su enfermedad los síntomas mejoran muchísimo.

6.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:

DSM-IV:

Trastorno del estado de ánimo habitual del individuo por depresión o manía o depresión únicamente.

DEPRESIÓN: tristeza, irritabilidad, anhedonia, pesimismo, problemas de concentración,...

MANÍA: autoestima elevada, grandiosidad, fuga de ideas, irritabilidad, problemas de sueño,...

DEPRESIÓN:

* Depresión Mayor; (único y recurrente)

* Depresión Distímica (puede haber remisión de síntomas pero no desaparición de síntomas durante los 2 últimos años). Son menos incapacitantes.

* Depresión debida a enfermedad médica.

* Depresión no específica.

* Depresión debida a sustancias.

(En distimias la comorbilidad con ansiedad es enorme).

TRASTORNOS BIPOLARES:

* Trastorno Bipolar I + ó - la depresión mayor

* Trastorno Bipolar II único y recurrente

* Ciclotimia (análogo a la distimia pero no tanto).

* Trastorno Bipolar no especificado.

La diferencia entre el trastorno Bipolar I y II es la aparición de hipomanía o no y su intensidad.

CIE-10

Se habla de trastornos del humor.

* Trastorno depresivo: –presencia/ausencia de síntomas psicóticos.

– leve/moderado/grave.

*Trastorno Bipolar: – hipomanía / manía

– con / sin síntomas psicóticos

– depresión leve / grave / moderada

* Trastorno Recurrente: – Deterioro leve

– deterioro moderado / leve por síntomas psicóticos

– en remisión

* Episodio Maníaco: – hipomanía / manía

* Trastorno del humor persistente: – Ciclotinia, distimia

Se establece una diferenciación en función de la gravedad.

Recurrente: entre episodios hay una desaparición completa de síntomas.

Hipomanía

EPISODIO MANÍACO Con síntomas psicóticos (SP)

Manía

Sin síntomas psicóticos

leve

EPISODIO DEPRESIVO moderado

Con síntomas psicóticos

grave

Sin síntomas psicóticos

Hipomaniaco

Con síntomas psicóticos

Maníaco

EPISODIO BIPOLAR Sin síntomas psicóticos

Depresivo leve

Depresivo grave

Mixto

En Remisión

E. Actual Leve

E. Actual Moderado

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE Con síntomas psicóticos

E. Actual Grave

– Entre episodios no hay ausencia de Sin síntomas psicóticos

síntomas En remisión

– Un episodio que vuelve a suceder

Ciclotimia (hipomanía–depresión)

TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE Distimia (Depresión)

Otros

No hay desaparición de síntomas

en los últimos 2 años

CLASIFICACIONES DICOTÓMICAS

1.– ENDÓGENA VS. REACTIVA:

* Propuesta por **Moobius** (s. XIX)

* Fuente de controversia en los años 20 y 30.

* **Freud** vs. **Kraepelin**: Causas psicológicas vs. Causas biológicas.

* Endógeno: biológico, Reactivo: psicológico

* Ausencia de apoyo empírico a nivel etiológico

* Actualmente se mantiene la distinción en términos de patrón predominante de síntomas.

Endógena (melancolía): preponderancia de síntomas físicos vegetativos, mayor gravedad y mayor recurrencia vs. No endógena (en sustitución de reactiva).

2.– PSICÓTICAS VS. NEURÓTICAS:

* Distinción muy habitual en psicopatología europea.

* Fundamentado en la distinción patología neurótica vs. Patología psicótica.

* Supuestamente basada en criterios de:

a) Gravedad (mayor en la psicosis que en la neurosis)

b) Etiología biológica (psicosis) vs. Psicológica (neurosis).

* Ambos criterios carecen de fiabilidad, validez y utilidad diagnósticas.

* Actualmente solo se utiliza desde criterios sintomatológicos y únicamente como apellido del cuadro afectivo (ej: como calificativo con o sin síntomas psicóticos).

3.- UNIPOLAR VS. BIPOLAR:

* Planteada por **Leonard** en los `50 y mantenida en los actuales sistemas diagnósticos.

* Diferenciación descriptiva con amplio respaldo empírico.

a) Bipolar: (antes maniaco-depresivo) aparición de episodios de manía con

o sin historia de episodios depresivos

b) Unipolar: sólo episodios depresivos. Mucho más frecuente (10:1) que la

bipolar.

* No hay diferencias sintomatológicas entre la depresión bipolar y la unipolar, pero si en cuanto al curso, Rs. Al tratamiento y genético.

Manía: farmacológico

Depresión: no necesariamente farmacológico

TRASTORNOS BIPOLARES

1.- SÍNTOMAS DE LA MANÍA:

* Opuestos a los de la depresión, solo en los estadios leves (hipomania).

* Gran variabilidad y mezcla de síntomas, en ocasiones contradictorios u opuestos entre sí.

* Continuo de intensidad.

* Los mismos 5 grupos que en la depresión: – Estado de ánimo

– Cognitivos

– Físicos

– Conductuales y motores

- Interpersonales

(especialmente graves)

A. – Estado de Ánimo:

- * Expansivo, ideas de grandiosidad y omnipotencia.

- * Alegría desbordante y elevada excitación general.

- * Irritabilidad, irascibilidad elevada, hostilidad, ira, agresividad. (Casi siempre verbal y sobre todo ante objeciones de otros)

- * Ausencia aparente de sufrimiento (egosintonía).

B) Motivacionales y conductuales:

- * Energía inagotable, desbordante:

- Logorrea.

- Pobre control de impulsos, riesgos excesivos (con autolesiones), hipersexualidad, prodigalidad (lo regala todo),...

- Actividad motora frenética

- Descuido de la apariencia personal, desaliño.

C) Cognitivos:

- * Rendimiento cognitivo escaso.

- * Aceleración de todos los procesos:

- Fuga de ideas

- Dificultad de concentración

- Pensamiento incoherente y acelerado

- Deterioro en capacidad de razonamiento lógico

- Ideación paranoide (delirios de grandeza)

- Autoestima exagerada.

D) Físicos:

Similares a los de la depresión:

- Problemas para conciliar el sueño.

- Aumento exagerado del apetito (no acompañado necesariamente de aumento consistente de la ingesta)
- Aumento del umbral para la fatiga física.

E) Interpersonales:

Muchas dificultades por la conducta del paciente (entrometido, discutiador, controlador, gran resistencia a que se les contradiga).

Ocasionalmente agresivos ante la oposición y/o el deseo de controlarlos de los demás.

En la hipomanía es muy frecuente que la gran vitalidad, locuacidad, energía... (todavía no claramente exageradas) hagan del paciente una persona muy atractiva, seductora, con gran capacidad de ilusiones y arrastran a otros individuos (incluido el clínico que lo atiende con grandes dotes de persuasión, ...

F) Niños:

Hiperactivos, ruidosos, mayor accidentabilidad, pobre atención-concentración, comen mal, problemas para conciliar el sueño.

2.- CURSO Y EPIDEMIOLOGÍA:

TRASTORNOS BIPOLARES

- * Más recurrentes que los depresivos
- * 8-9 episodios de manía a lo largo de la vida.
- * Recaídas frecuentes (60-90%) Aumentan con la edad (porque los periodos asintomáticos son más breves) y con la hª previa (más recaídas cuanto mayor es el nº de episodios previos).
- El mayor riesgo de recaídas se concentra en las semanas inmediatamente posteriores a un episodio.
- * Cronicidad: 15 - 53 % (media de 25 %). Mayor para los trastornos mixtos (no hay mejoría al año en el 32 %) que para los depresivos (no mejoría al año en el 22 %) y maníacos (no mejoría al año en el 7 %).
- * Rapidez de recuperación: en torno a 5 semanas para el episodio maníaco en fase aguda (frente a 9 para la depresión y 14 para el mixto manía-depresión)
- * Inicio: a cualquier edad, pero más típico entre los 20 - 25 años.
- * Aparición aguda (pocos días - semanas)
- * Duración: variable (de semanas a pocos meses con tratamiento) pero más breve que en los episodios depresivos.
- * Prevalencia vital: 1 % de la población general.
- * Incidencia: anualmente 3: 10000
- * Tasas similares para sexo y clase social.

- * En mujeres el 1º episodio suele ser depresión y tiende a coincidir con el embarazo y/o postparto (30 % casos).
- * Vulnerabilidad genética familiar: el 50 % de los pacientes tienen algún familiar de 1º grado con diagnóstico de trastorno afectivos:
- * Mayores tasas en solteros y divorciados.

CICLOTIMIA

- * Inicio en la adolescencia o principio de la vida adulta.
- * curso crónico, ausencia de datos epidemiológicos.
- * 1 de cada 3 pacientes desarrolla en algún momento un trastorno mayor depresivo y/o bipolar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL : MANÍA

1.- Síntomas maníacos de causa orgánica:

- * Ausencia de hª familiar de manía y/o depresión.
- * Comienzo súbito.
- * Confusión tras la mejora de síntomas.
- * Efectos secundarios a sustancias (L-Dopa, antidepresivos, alucinógenos, anticonvulsivos, anticolinérgicos, aminas simpaticomiméticos)
- * Condiciones neurológicas (tumores, infecciones, epilepsia, parálisis general, esclerosis múltiple, demencias, confusión postraumática).
- * Condiciones metabólicas y endocrinos (estados postoperatorios, hemodialisis, hipertiroidismo, enfermedades de Cushing, de Addison).

2.- Trastorno Bipolar vs. Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo:

- * Manía: Antecedentes de manía o hipomanía (en el paciente o en familiares de 1º grado)
- * Esquizofrenia: síntomas previos de esquizofrenia sin síntomas de manía (estado de ánimo expansivo)
- * Comienzo: esquizofrenia: insidioso manía: agudo
- * Hª previa de síntomas de euforia (manía)
- * Hª familiar de trastornos (¿ afectivos o esquizofrénicos?)
- * En esquizofrenia:
 - Habla más incoherente, alteraciones profundas en contenido y forma del discurso.

- Afectividad plana, es más igualada aunque pueden haber picos de euforia que cursen con irritabilidad. Es importante el componente agresivo.
- Las alucinaciones son más frecuentes, más complejas y persistentes.
- conductas más extravagantes.

* En trastornos esquizoafectivo:

- Muchas dificultades para establecer diferencias (es más un trastorno afectivo que psicótico).
- Hª previa y familiar del individuo.

3.- Ciclotimia:

Fases alternadas de hipomanía y distimia. Hay que distinguir la ciclotimia de:

a) Un trastorno de personalidad histriónico (antes personalidad histérica):

- Deseo de llamar la atención
- Ser el centro del mundo
- Obtener ganancias secundarias

b) Un trastorno de personalidad límite

c) Un trastorno de personalidad antisocial:

- rara vez hay depresión.

En el ciclotímico no hay ganancias secundarias ni conductas de manipulación. Se caracteriza por fases de manía, euforia, depresión.

4.- Trastorno que cursan con alteraciones del estado de ánimo (E.A) y que no se incluyen en los trastornos del estado de ánimo:

A) DEMENCIA CON EA DEPRIMIDO:

Alzheimer cursa con una sintomatología depresiva muy grave. Muchas veces 1º se diagnostica un episodio depresivo mayor con una autoconciencia por parte del paciente de que esté perdiendo facultades.

En las 1ª fases la sintomatología depresiva es real. Hay que tratar esa depresión y buscar síntomas de demencia.

B) ABUSO DE SUSTANCIAS CON TRASTORNO DEL EA

C) ABUSO DE ALCOHOL CON TRASTORNO DEL EA

D) TRASTORNO DE AJUSTE CON EA DEPRIMIDO:

Cambios en la vida del individuo que son estresantes.

E) TRASTORNO DE AJUSTE CON EA MIXTO D-A DUELO:

Es fundamentalmente de características afectivas sintomatología fundamentalmente depresiva. Hay un estresor importante que es la muerte de un ser querido o una pérdida afectiva. Si dura más de 1 mes hay que empezar el tratamiento. La permanencia en el tiempo sugiere que se está cronificando.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DEPRESIÓN

1.- Depresión vs. Esquizofrenia:

DEPRESIÓN ESQUIZOFRENIA

* Retirada social asociado a tristeza y * Retirada social asociada a ansiedad sentimientos de vacío y aplanamiento afectivo.

* Síntomas vegetativos (fatiga muscular, * No hay síntomas vegetativos. sintomatología difusa)

* Delirios y alucinaciones congruentes con * Delirios y alucinaciones no congruentes el EA con el EA

* Contenido del pensamiento sesgado hacia * Forma y contenido alterados en lo negativo sin alteraciones de lógica pensamiento

* Hª familiar de depresión y/o trastornos * Hª familiar de esquizofrenia relacionados.

En los trastornos afectivos la hª familiar es muy determinante.

2.- Depresión vs. Trastorno de duelo:

DEPRESIÓN DUELO

* Solo el 50% se resuelve a través de la * La tristeza se resuelve cuando el paciente expresión no guiada de sentimientos expresa sus sentimientos sobre la pérdida

* La mejoría espontánea aparece entre * La fase aguda remite en 4-6 semanas 6-12 meses después del inicio de los síntomas

* Culpabilidad permanente y autoculpa * Culpa limitada a sentimientos de que podía haber hecho algo distinto o por haber sobrevivido a la persona pérdida

* No hay sensación de solución * Termina con la aceptación

* Con el paso del tiempo las recaídas son * Las recaídas se producen en fechas más graves y prolongadas señaladas (fiestas, aniversarios...)

* Síntomas peor por la mañana en caso de * Síntomas peor al atardecer que haya variaciones diurnas de EA
(cuando tiene ritmo endógeno , D. Melancólica)

3.- Depresión vs. Trastorno somatoformes:

DEPRESIÓN TRASTORNO SOMATOFORMES

* Síntomas vegetativos importantes * Síntomas vegetativos poco importantes
(hiperactivación vegetativa)

* Los síntomas físicos, peor por las mañanas * Los síntomas físicos, peor al final del día

* Pérdidas afectivas tempranas (es discutible) * Padre/s incapacitado o enfermo durante el desarrollo (Apr. vicario de los síntomas)

* Los síntomas aparecen después de la pérdida * Los síntomas aparecen en el contexto de una enfermedad menor.

* Hª personal y/o familiar de depresión o * Poco probable hª familiar y/o personal
trastornos relacionados de depresión

* El paciente no va al médico y se aleja de * El paciente busca ayuda de familiares y los parientes mantiene muchos contactos médicos

* Minimización u ocultación de síntomas * El paciente comunica su distrés

* Predispuesto a aceptar etiología psicológica * El paciente se resiste a aceptar sugerencias sobre etiología psicogénica

* Buena Rs. a antidepresivos * Rs. inicial placebo a antidepresivos,

seguida por recaída en los síntomas

4.- depresión y demencia

DEPRESIÓN DEMENCIA

- * Comunica sus disfunciones cognitivas * Minimiza los déficits intelectuales
- * Las quejas sobre pérdida de m. son mayores * Las mismas funciones están igual de que la pérdida real (ej: hace bien algunos deterioradas según los diversos test de M.C.P pero no otros)
- * La alteración afectiva es persistente * Afecto lábil y superficial.
- * Puede haber síntomas vegetativos * Síntomas vegetativos poco importantes (a no ser que se deban a enfer médica)
- * Hª personal y/o familiar de depresión o * Menos probable hª familiar y/o personal trastornos relacionados de depresión
- * EEG normal (excepto del sueño) * EEG más lento en el episodio de crisis
- * EEG del sueño puede sufrir descenso * EEG del sueño normal, a no ser que la descenso en la latencia REM demencia afecte al ritmo vigilia-sueño
- * Mejora con antidepresivos * Antidepresivos causan confusión y pérdida de memoria

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN:

Tª Psicodinámicas:

- Abrahan
- Freud
- Planteamientos posteriores

Tª Conductuales:

- Modelo de Ferster (1965)
- Modelo de Lewinson (1974)
- Modelo de Costello (1972)

Depresión (FREUD) 1917

1917 duelo y melancolía

DUELO:

- Reacción a la pérdida de algo o alguien amado
- Tristeza y dolor profundo
- Falta de interés por el mundo externo
- Pérdida de la capacidad de amor
- Inhibición de la actividad.

MELANCOLÍA:

- Reacción o respuesta a la pérdida de algo o alguien amado (aunque el individuo no pueda reconocer la causa)
- Tristeza y dolor profundo
- Falta de interés por el mundo exterior
- Pérdida de la capacidad de amar
- Inhibición de la actividad
- Disminución de la autoestima: auto-reproches y expectativas irracionales de castigo inminente.

ETIOLOGÍA DE LA MELANCOLÍA:

Formación de relaciones interpersonales dependientes introyección de lo amado pérdida de lo amado (introyección) hostilidad hacia sí mismo.

Tratamiento: hacer consciente esos impulsos hostiles inconscientes de manera que el individuo pueda elaborar el proceso hacia atrás.

DEPRESIÓN: MODELO DE LEWINSOHN (1974)

- Fundamento teórico: T^a del aprendizaje (condicionamiento operante).
- Supuesto básico: la depresión surge de la ruptura de la relación Rs – refuerzo.
- Característica esencial: depresión con R a pérdida o falta de refuerzo positivo a

la conducta.

- Síntoma básico: déficit conductual y estado de ánimo decaído.
- Causa suficiente: cambios en la frecuencia de las conductas debida a pérdida o falta de esfuerzo positivo concluyente a la conducta.

– Causas contribuyentes distales:

a) Ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente o adecuado

b) Falta de recursos humanos para obtener reforzamiento de un ambiente dado donde está potencialmente disponible

c) Incapacidad de disfrutar o de recibir satisfacción de los reforzadores disponibles, debido normalmente a la presencia de ansiedad social interferente.

– Mantenimiento de la depresión:

* A corto plazo: la conducta depresiva es reforzada positivamente por el medio (simpatía, atención, etc...)

* A largo plazo: se reduce el refuerzo a la conducta ya que llega a ser aversiva para el medio espiral patológica.

DATOS A FAVOR:

– El EA cotidiano correlaciona positivamente con acontecimientos agradables y negativamente con acontecimientos desagradables (Grossem y Lewinsohn 1980)

– Los deprimidos tienen niveles más bajos de actividad, informan que disfrutan menos de acontecimientos positivos (son menos capaces de experimentar refuerzo) y obtienen menos placer total (experimentan una relativa falta de refuerzo), comparados con grupos control normales o patológicos (psiquiátricos) (MacPhillahn y Lewinsohn 1974, 1982. Con acontecimientos desagradables se producen los efectos contrarios, aunque con algo menos de consistencia (Lewinsohn y Talhigghon, 1979).

– Con tratamiento se mejoran las puntuaciones en las escalas de acontecimientos en las direcciones apropiadas predichas (Lewinsohn, Yougils, Grosenp 1979).

TEORÍA DE BECK:

– Postulado central: Las personas vulnerables a la depresión son aquellas que han desarrollado esquemas (estructuras de conocimiento) depresivas.

– Concepto de esquema: Tomado de **Bartlett**: Representaciones mentales de la realidad que se utilizan de modo constructivo en la recuperación e imponen su propia estructura interna en la adquisición de nueva información (guían selectivamente).

– El contenido de los esquemas depresivos está relacionado con la experiencia de pérdida (potencial o real).

– La información que contienen es de tipo proposicional (supuestos básicos) que dan origen a la triada cognitiva: Visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

– Se aprenden en la infancia y adolescencia, ligados a:

a) Eventos traumáticos (ej: pérdidas afectivas)

b) Repetición de eventos negativos (ej: rechazo social)

c) Imitación de modelos depresivos.

– Beck: el papel de los esquemas

Ideación negativa E.A negativa

Cambios en los contenidos de memoria accesibles

Aumento de la ideación negativa

– Diferencia entre estados emocionales según el contenido de las experiencias almacenadas.

TEORÍA DE BECK: LA TRIADA COGNITIVA

– Visión negativa triple (de sí mismo, futuro, mundo).

– Sesgos que siempre se producen como resultado de la activación de esquemas depresivos o no depresivos:

1.– Abstracción selectiva

2.– Sobregeneralización

3.– Interferencia arbitraria

4.– Magnificación/minimización

5.– Personalización

6.– Pensamiento dicotómico

1.– Abstracción selectiva:

Proceso de extraer una conclusión concreta en ausencia de evidencias que apoyen la conclusión o cuando la conclusión se extrae contraria a la experiencia

2.– Sobregeneralización.

Fijarse solo en un detalle del contexto ignorando otras características incluso más llamativas de la situación y conceptualizando la experiencia total en base a este inicio fragmentado.

3.– Interferencia arbitraria:

Tendencia a extraer una regla o conclusión general sobre la base de uno o más incidentes aislados, aplicando

el principio a situaciones relacionadas y no relacionadas con la original.

4.- Magnificación/minimización:

Errores en la importancia o el significado que se otorga a un suceso

5.- Personalización:

El elemento autorreferente es central en la depresión.

6.- Pensamiento dicotómico:

Términos absolutos, blanco/negro. Tendencia a situar las experiencias en uno de los dos polos opuestos.

– El problema reside en que en los deprimidos el contenido negativo tiene efectos negativos sobre esos sesgos.

– La activación de esquemas en los deprimidos incrementa la probabilidad de evaluar una situación nueva como igual a la prototípica (–) almacenada en el esquema.

– En el estado de ánimo (–) y los déficits motivacionales, esta causados por las cogniciones esquemáticas de la triada, al mismo tiempo, refuerzan y fortalecen el esquema, cerrándose así el círculo vicioso que mantiene la depresión.

– La depresión es un trastorno del pensamiento y la memoria y no del afecto (es primariamente cognitiva y no afectiva), (frente a los trastornos de ansiedad que serían trastornos en la atención).

ESQUEMA DE LA TEORÍA DE BECK (círculo vicioso):

1 Experiencias 2 Formación de 3 Sesgos de

anteriores (–) esquemas depresivos (–) conocimiento

5 Nueva experiencia 4 Activación del esquema depresión

(similar a 1 ej:mismo

contexto) No necesariamente

ha de ser negativa.

6 Estado de ánimo deprimido y

déficits motivacionales

Modelos de vulnerabilidad: no hay una causa única

CAUSAS DISTALES: CAUSAS PRÓXIMAS

Autoesquemas (Causa suficiente próxima)

(Personalidad) Errores Triada

Esquemas depresógenos cognitivos cognitiva SÍNTOMAS

(Forma) (Contenido)

Suceso Otras causas Otras causas

percibido como que contribuyen depresión

pérdida a la triada

Información

Suceso Vital sobre la situación

(ESTRÉS)

Causas distales: que predisponen al individuo a padecer el estado de ánimo depresivo. (No causales directos)

Causas próximas: más directamente conectadas con el E.A depresivo. Vg. Triada cognitiva.

EVALUACIÓN EMPÍRICA DE LA TEORÍA DE BECK:

- Mayores tasas de recuerdo de rasgos autodescriptivos negativos.
- Mayores distorsiones negativas en la predicción de resultados.
- Triada cognitiva:

1.– Visión negativa de sí mismo:

- Predominio de temas de connotación negativas de si mismo.
- Pensamiento automáticos negativos.
- Autoinformes de menores expectativas de éxito.
- Autoevaluación negativa en escalas de rasgos.
- Estudios factoriales:siempre aparece un factor de auto-crítica, auto-culpa, etc...

2.– Visión negativa del mundo:

- Sueños frecuentes sobre pérdidas, fracasos...
- Valoración de problemas personales como difíciles.

3.– Visión negativa del futuro:

- Estudios sobre expectativas negativas, desesperanza, etc, resultados similares a los de otras dos teorías.

CRITICA GLOBAL:

- Ausencia de estudios longitudinales (Todos son transversales)
- Ambigüedad en la formulación de hipótesis y en la definición de términos.
- Escasa conexión con procedimientos experimentales y teóricos del procesamiento de la información.

TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

(**Seligman**, años 70, M.Comportamental)

Análoga a la teoría de la incubación de Eysenck.. Introduce elementos cognitivos aunque en un primer momento era puramente conductista.

La última formulación es cognitiva (años 90).

1ª Formulación 1966

Situación aversiva Reacción Depresiva

incontrolable

2ª Formulación 1971/1975

Situación aversiva Percepción Expectativa R. Depresiva

Incontrolable de no control de no control

Es lo que explica la R depresiva.

Son elementos cognitivos que no

cuadran con la explicación operante

3ª Formulación 1978

Situación Percepción Explicación Expectativa R depresiva

aversiva de no control causal ? de no control

incontrolable

Formulación original (2ª formulación)

Los síntomas de depresión son resultado de la no percepción de contingencia entre conducta y experiencia
Generalización de la creencia en ausencia de control personal sobre las situaciones (haga lo que haga, sucederá lo que deba suceder).

Ideas centrales:

1.- Percepción de no convergencia entre conducta y experiencia.

2.- Expectativas futuras de no control.

Fases de las Rs ante eventos amenazantes:

a) Miedo-ansiedad por falta de certeza para controlar la amenaza (Siempre se da ansiedad antes de la depresión)

b) Depresión (estado ánimo negativo) si la certeza se vuelve convección.

Primeras insuficiencias (del modelo).

Constatadas por colaboradores de Seligman. Llevan a la reformulación de la teoría.

1.- Expectativas de no control, no son condición necesaria para que aparezca estado de ánimo negativo.

2.- El descenso de la autoestima y la tendencia a hacer atribuciones internas para el fracaso, no se explican en la teoría y además son incompatibles.

3.- Tampoco se explican las variaciones en generalización cronicidad e intensidad de la depresión.

REFORMULACIÓN DE LA TEORÍA:

1.- Distinción desamparo (+general)-desesperanza (+ específica y explicativa): Las expectativas de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos son las que provocan desesperanza, que es lo que caracteriza al afecto deprimido (E. Ánimo negativo).

2.- Autoestima y atribuciones internas de fracaso:

- El desamparo y la culpa son sentimientos incompatibles: hay que distinguir entre desamparo personal y universal.

- El deprimido tiene desamparo personal (desesperanza) y sentimientos de culpa. (El desamparo personal es lo que da lugar a los sujetos de culpa).

3.- Variaciones en intensidad, cronicidad y generalidad: Se toman aspectos generales de las teorías atribucionales (estabilidad, globalidad, internalidad) y se postula la existencia de un estilo atribucional depresivo como marcador de vulnerabilidad a la depresión.

No es una teoría conductista ni muchísimo menos.

EL MODELO DE LA DESESPERANZA (ABRANSON Y COLS, 1989)

Postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos.: La depresión por desesperanza.

No se ha incluido en ninguna clasificación diagnóstica (DSM-IV) como trastorno en si mismo. Se ha aceptado como síntoma..

Expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante (desesperanza) unido a sentimientos sobre la imposibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso (indefensión).

CAUSAS DISTALES CAUSAS PRÓXIMAS

(Ver cuadro en el libro)

VALORACIÓN EMPÍRICA:

- 1.- Síntomas de desesperanza: El 74% de los deprimidos los presentan (muy elevado).
- 2.- Falta de control percibido:
 - Resultados inconsistentes en las investigaciones indirectas (¿problemas metodológicos?)
 - Mayor realismo en los deprimidos (estimaciones congruentes con la realidad).
- 3.- Queda sin determinar el posible papel causal.

TEORÍA DEL AUTOCONTROL (REHH)

Ha servido y sirve de base de unos de los modelos más utilizados: El trastorno por autocontrol.

Propone que hay que tener en cuenta los componentes cognitivos en el inicio, mantenimiento y trastorno de la depresión.

COMPONENTES COGNITIVOS:

- 1.- Auto-observación
- 2.- Auto-evaluación
- 3.- Auto-refuerzo
- 4.- Atribución causal de éxitos/fracasos
- 5.- Auto-castigo.

La teoría intenta identificar los diversos déficits de cada uno de los componentes como específicos de la depresión.

1.-AUTO-OBSERVACIÓN:

- Proceso que ocurre de modo natural.
- En los deprimidos conlleva atención selectiva sesgada negativamente hacia

- 1.- Estímulos antecedentes aversivos.
- 2.- Consecuencias no deseables realizados por uno mismo.
- 3.- Consecuencias negativas de esas conductas y de otros.
- 4.- Consecuencias inmediatas frente a moderadas.

2.- AUTO-EVALUACIÓN:

- Proceso de comparación de la propia conducta con criterios estándar internos de éxito/fracaso.
- Amplias diferencias en la consideración de éxito/fracaso.
- Los deprimidos:
- Estandars demasiado altos de eficacia/éxito.
- Estandars demasiado internos de fracaso.
- Criterios rígidos y dicotómicos.

Combinados con sesgos en la autoobservación dan lugar a déficits en la autoestima, definitorios de la depresión.

TEORÍA DE LA AUTOFOCALIZACIÓN DE LEWINSON

Aplicación del modelo anterior para integrar postulado conductuales, cognitivos y sociales (Autoconciencia).

Los factores ambientales son los responsables primitivos de la depresión.

Los factores cognitivos son variables mediadoras.

La autoconciencia principal variable mediadora.

Aumento transitorio y situacional de la autofocalización = cantidad de atención que una persona dirige hacia si mismo en lugar de hacia el ambiente.

Se produce como consecuencia de los intentos (improductuosos) para resolver acontecimientos estresantes.

¿Cómo aparece un episodio depresivo?

A.– Aparición de un estresor (cualquier acontecimiento que aumente la probabilidad de ocurrencia futura de depresión).

B.– Interrupción de los patrones de conducta adaptativa y automática (induciendo respuestas emocionales).

C.– Reacción emocional negativa (E. Animo deprimido) que varía en una intensidad según el acontecimiento A o según el grado de interrupción de B.

D.– Deterioro y/o desequilibrio en la calidad de las interacciones persona–ambiente, que el individuo ha sido incapaz de prever y que se concreta como en su primera formulación conductual) en:

- Disminución del reforzamiento positivo.
- Aumento de la tasa de experiencias aversivas.

E.– El fracaso en la prevención del desequilibrio se debe tanto a factores ambientales como disposicionales.

F.– Todo lo anterior promueve un estado de conciencia aumentando:

- Aparición de alteraciones cognitivas (atribuciones internas de fracaso, autodepreciación, autculpa, etc...
- Conservancias conductuales negativas (retirada, problemas de relación).
- Aumento de las reacciones emocionales negativas iniciales (al centrarse en si mismo se fija más en que ha fracasado que en lo que ha tenido éxito).

G.– El aumento de la autoconciencia: más intensificación de emociones negativas, menor la autoestima y la autopercepción positiva y conducen a síntomas depresivos.

Los síntomas aumentan aún más la autoconciencia y se entra en un círculo vicioso que aumenta y mantiene el cuadro depresivo.

¿Qué factores influyen en la vulnerabilidad?

Aumentan el riesgo:

- 1.– Mujer
- 2.– 20–40 años
- 3.– Hª previa de depresión
- 4.– Pocas habilidades de afrontamiento, alta sensibilidad a sucesos aversivos.
- 5.– Pobreza económica.
- 6.– Alta tendencia a la autoconciencia (rasgo)
- 7.– Baja autoestima
- 8.– Umbral bajo para activación de autoesquemas depresivos.
- 9.– Dependiente
- 10.– Niños menores de 7 años (a su cargo)

Protegen:

- 1.– Autopercepción de alta competencia social
- 2.– Alta frecuencia de sucesos positivos
- 3.– Tener alguien en quien confiar.

TEMA: 6

LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

INTRODUCCIÓN

Constituyen una categoría de trastornos bastante polémica. Son trastornos llamativos, ej: trastorno

personalidad múltiple. A principios de siglo fueron muy debatidos. Más tarde fueron olvidados y es en la actualidad cuando surge el interés por estos trastornos.

Son relativamente fáciles de definir y bastante difíciles de diagnosticar. La 1ª dificultad estriba en que es muy difícil distinguirlos de un trastorno orgánico.

CONCEPTO DE DISOCIACIÓN

Spiegel y Cardeña 1991: Una separación estructurada de los procesos mentales (pensamientos, emociones, memoria e identidad....) que antes estaban unidos.

Piense Janet (1889):

Automatismos psicológicos: Representan actos complejos donde se une cognición emoción y motivación con acción y reflejan una conciencia rudimentaria.

Disociación (desagregation): Bajo ciertas circunstancias uno o más automatismos se dividen el resto, funcionando fuera de la consciencia e independientemente del control voluntario. (Automatismos disociados).

Implica: Ruptura de la vida mental que normalmente se halla integrada por diversos componentes y una falta de integración entre diversas partes de la personalidad.

Características (diferencia con Freud).

Concepto distinto al de la represión–freudiana (mecanismo de disociación):

- a) Constituían ideas fijas con autonomía
- b) Eran subconscientes (diferente a inconsciente)
- c) Represión: uno más de los mecanismos de disociación
- d) Proporciona el mecanismo para los principales síntomas de la histeria.

CONCEPTO DE HISTERIA: KILLSTRON señala:

- La histeria de **Janet**: Los psicoanalistas posteriores la denominan histerias de conversión.
- La histeria de **Breuer y Freud**: cualquier enfermedad mental funcional.
- La histeria del síndrome de **Briguet**: quejas somáticas recurrentes y múltiples con un curso crónico.
- La personalidad histérica: el DSM–III recoge como personalidad histriónica (categoría sexista).

DEFINICIONES

M. Research (1941): Condición en la que los síntomas mentales y físicos que no son de origen orgánico se producen y se mantienen por motivos nunca totalmente conscientes, dirigidos a alguna ganancia real o imaginaria que se deriva de tales síntomas.

Se derivan 2 elementos:

- La simulación
- La ganancia inconsciente

CRITICAS:

- a) Propósito inconsciente
- b) Estado de ánimo en la histeria: Belle indifference.

No solo se muestran indiferentes sino que también pueden presentar ansiedad, nerviosismo y depresión.

Elliot Slater (1965)

Abandono del diagnóstico de histeria: que se usará la palabra solo en su forma adjetivada, para describir ciertos tipos de síntomas y de personalidad.

CONCLUSIÓN:

Sims (1988) Los síntomas histéricos son extremadamente comunes pero el diagnóstico primario de la histeria no lo es.

TEORÍA DE DISOCIACIÓN

Similitud: Siguen el criterio de función aceptada (DSM-IV) (CIE-10):

Diferencias:

DSM-IV CIE-10

Tª disociativas:

* Amnesia disociativa * Amnesia disociativa

* Fuga disociativa * Fuga disociativa

A partir de aquí diferencias

* Estupor disociativo

* Trastornos de trance y posesión

* Trastorno disociativo de * Trastorno de personalidad múltiple

identidad (ante pers. múltiple)

* Trastorno de despersonalización * Trastorno disociativos

* Trastorno disociativo no especificados de conversión sin especificar

1.- AMNESIA DISOCIATIVA (Psicógena)

- Incapacidad para recordar información personal importante de naturaleza traumática o estresante demasiado extensa para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- No ocurre durante un trastorno disociativo de identidad ni a los efectos de una sustancia o una condición médica general.

NOVEDADES DEL DSM-IV:

En el DSM-III -R no se señala que lo no recordados son de naturaleza traumática.

Incapacidad se define como repentina. El lugar concreto que ocupa este trastorno dentro de la categoría general de los disociativos.

Con el CIE-10: No existen diferencias significativas.

Ej: Mujer le comunica el divorcio, se va de casa. Se le encuentra tirado en la calle sin saber nada, ni quien es aunque si recuerda anterior a 1946. Incapacidad de recordar información, suceso estresante y no patología orgánica (no viaje lejos de su casa).

Janette 4 categorías de Amnesia en el DSM-III-R:

- 1.- Localizada: Fallo para recordar en un periodo específico de tiempo.
- 2.- Selectiva: Recuerdo parcial de los hechos.
- 3.- Generalizada: Pérdida completa del pasado.
- 4.- Continua: Ocurre en un punto concreto del pasado y se extiende hasta el presente.

Psicogena: Sucede después de un acontecimiento bastante traumático: guerra o desastres. Suele ser un síntoma del estrés post-traumático.

Hay que saberla diferenciar de una *orgánica*, se suelen tener una serie de criterios; hay una pérdida de vida en mayor grado en psicogena, pero se puede recordar la información a través de barbitúricos o hipnosis.

También diferenciar de *amnesia simulada*: Se consigue analizando la motivación inconsciente de la persona; valorar antecedentes y escenario.

2.- FUGA DISOCIATIVA: (antes psicogena)

- Alteración predominante es la existencia de un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o lugar habitual con incapacidad para recordar el propio pasado.
- Confusión sobre identidad personal o asunción de una nueva.
- No ocurre durante un trastorno disociativo de identidad o debido a sustancia o enfermedad médica.

DIFERENCIA O NOVEDADES DEL DSM-IV

No se incluía en el DSM-III-R en el criterio 3 confusión sobre identidad personal. Se situaba después de personalidad múltiple.

DIFERENCIA CON CIE-10

No se deteriora el mantenimiento básico del cuidado de si mismo ni las interacciones con extraños.

Ej: encontrado estuporoso y deshidratado a 45 metros de su casa, no sabía quien era, recuperó la memoria hasta las 48 horas precedentes. Recuperó gradualmente la memoria. No hay causa orgánica. Síntomas de depresión mayor desde hace meses, fue tratado y síntomas de depresivos desaparecen.

– Fuga (viaje) y amnesia posterior de lo que ha sucedido, estrechamiento de conciencia; se va fuera de su casa. Puede tener también otra identidad.

La duración del episodio puede ser variable desde horas hasta semanas y puede llegar a viajar a distancias considerables.

La recuperación de la información puede ser espontanea pero puede seguir teniendo amnesia de lo sucedido.

*Factores predisponentes de la fuga:

– Estresores precipitantes: Separación matrimonial, problemas económicos, estado deprimido, (intento suicidio).

– Hª previa de trauma craneal o alcohol.

– Otros factores orgánicos y una tendencia a mentir.

– diferencia de fuga epiléptica o poliomanía.

Estas tienen diferente etiología aunque son síntomas similares existe una base orgánica.

3.- TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (antes pers. Múltiple)

– Presencia de dos o más síntomas de identidad diferentes o estados de personalidad (cada uno con sus pautas en percibir relaciones y pensar sobre el ambiente y yo). (Criterio A)

– Al menos 2 de estas identidades controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo. (Criterio B)

– Incapacidad para recordar información personal importante demasiada extensa para ser explicada por olvido ordinario. (Criterio C)

– No se debe a efectos directos de sustancia o condición médica. (Criterio D)

NOVEDADES DSM-IV

– Introducción de criterio C (ya se encontraba en DSM-III y se corresponde con amnesia psicógena).

– Introducción criterio D.

– Antes no se habla de identidad sino de personalidad.

– En DSM-III-R ya se ubica en trastorno disociativo.

- * Es bastante infrecuente, es muy conocida su fascinación a nivel profesional.
- * Se inicia en la infancia pero no llama la atención hasta mucho más tarde.
- * Se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres.
- * Una persona puede llegar a tener más de 30 personalidades diferentes.
- * En 1944 **Martin** hace un estudio sobre las características de estas personalidades; pueden llegar a tener identidad sexual diferente, presentar diferencias en el lenguaje, en la edad y tener destrezas y habilidades también diferentes.
- * Las personas se pueden presentar de forma simultánea o sucesiva.
- * Pueden llegar a conocerse o no.
- * Intriga, mientras una está en la conciencia donde están las demás: Coconciencia. Una personalidad puede seguir funcionando pensando o sintiendo aunque sea la otra persona la que domine en ese momento.
- * Las personas suelen tener un propósito protector y normalmente siguen a un acontecimiento traumático. En la infancia han recibido abusos ...

4.- TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN:

(Ver criterios DSM)

Novedades DSM-IV: No hay.

Diferencias con CIE-10:

- Incluye tanto experiencias de desrealización como de despersonalización.
- El DSM acentúa que la experiencia de despersonalización debe asociarse con molestias notables y esto no es necesario en la CIE.

El trastorno se caracteriza porque la persona tiene cambios en la consciencia de si mismo, se siente como si fuera irreal.

Muchas veces la despersonalización viene asociada a la desrealización.

El sentimiento de despersonalización cuando una persona toma drogas siente estos síntomas pero cuando es una situación clínica es bastante desagradable.

A veces aparece como síntoma de otro trastorno, como esquizofrenia, depresión y crisis de angustia. Otras veces aparece como trastorno primario.

Es difícil de describir por el paciente. Tiene la sensación de que se está volviendo loco.

Algunos autores: Es polémica esta categoría en cuanto a su ubicación dentro de estos trastornos porque no se sabe bien donde está el déficit.

SÍNDROME DE GANSER

Fue descrito por Ganser y lo diagnosticó a tres prisioneros. Tenían rasgos de Vorbeireden (síntomas de las respuestas aproximadas (ej: $2 + 2 = 5$): Así se llama también al síndrome de Ganser). Hace sospechas y miente.

Dentro del DSM-IV aparece dentro de los trastornos disociativos no especificados y hay polémica para determinar si es orgánico o psicógeno.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Duda de los cínicos: Trastorno disociativo o está simulando. Sobre todo es importante en la psicología forense. Aparte de lo que está simulando es importante descartar una base orgánica (si existe o no).

TRASTORNO DISOCIATIVO SÍNDROME ORGÁNICOS MENTALES

- Síntomas agudos mejoran temporalmente – Los tranquilizantes exacerban los síntomas con tranquilizantes
- Pérdida de memoria, confusión o cambio – Los síntomas se desarrollan en el contexto de personalidad. Se desarrollan en el de una enfermedad física o con el uso de contexto del estrés emocional medicación o por sustancias psicoactivas
- No hay fluctuaciones de síntomas – Los síntomas fluctúan impredeciblemente excepto con relación al estrés
- Puede haber h^a anterior de conversión – No hay h^a anterior de síntomas mentales o en otros síntomas psicogenos físicos psicógenos
- Pérdida de memoria limitada a materia – Pérdida de memoria con significado así psicológicamente significativo como no importantes
- MLP y MCP igualmente afectadas – MCP más deteriorada que MLP
- Trastorno de identidad (desorientación – Sólo ocurre la desorientación personal si personal) sin desorientación personal también se da la desorientación temporal o de lugar y de lugar

DISOCIACIÓN Y FENÓMENOS AFINES:

DISOCIACIÓN E HIPNOSIS:

Hipnosis: Interacción social en la que una persona experimenta anomalías en la percepción, memoria y acción que han sido sugeridas por el hipnotizador. De forma experimental una persona puede provocar síntomas de histeria.

Hilgard (1977) señala que la hipnosis y la histeria tienen en común los procesos disociativos subyacentes.

Fenómeno del observador oculto: Se le pedía a la persona que introdujese el brazo en agua fría y se le decía previamente que no iba a sentir dolor y con el otro, anotaba sus impresiones. A nivel verbal dice que no ha sentido dolor, pero a nivel escrito dice que si siente molestias. Sistema de información encubierto que indica la presencia de sistemas alternativos de control.

ESTUDIOS SOBRE CEREBROS DIVIDIDOS Y LA CUESTIÓN DE LAS DOS CONSCIENCIAS:

En 1940 se realizó la 1ª operación de cerebral (extirpación total o parcial del cuerpo calloso).

Afirmación controvertidas de **Speng** (1964) dos flujos independientes de la conciencia consciencia. Existirían dos consciencias diferentes.

Se ha comprobado que no es así puesto que un cerebro dividido es diferente a conciencia dividida. Lo único que se puede afirmar en la actualidad es la especialización interhemisférica.

TEORÍAS EXPLICATIVAS:

1.- TEORÍA NEODISOCIATIVA DE **HILGARD**: Parte de las ideas de Janet.

Supuesto: El aparato mental consta de un conjunto de estructuras cognitivas que supervisan, organizan y controlan el pensamiento y la acción.

En el vértice de esta estructura existe una estructura de función de control.

Ante determinadas circunstancias esta estructura interviene interrumpiendo la integración y organización del resto de estructuras.... estado de conciencia dividida.

2.- TEORÍA DE **KICHLSTROM**:

Los trastornos disociativos: Trastornos de la memoria (episódica), lo que se disocia de la experiencia consciente es parte (o todo) de la memoria autobiográfica.

El mecanismo que explica las alteraciones de la memoria es la pérdida de conexión preexistente entre las memorias autobiográficas y la representación mental del sí mismo.

3.- DIFERENCIAS ENTRE EL INCONSCIENTE Y LA MENTE DISOCIADA

Disociación diferente a Regresión.

Freud: Lo que se reprimía era la agresión sexual.

Disociación: Los contenidos mentales no conscientes no se restringen necesariamente a impulsos primitivos o a ideas agresivas o sexuales.

– La restricción de la conciencia no necesita estar motivada por propósitos de mecanismos de diferencia.

– La noción de inconsciente implica una división horizontal. La mente inconsciente descansa sobre el consciente, mientras que en la disociación habría una división vertical puesto que algunos pensamientos, memorias, etc, se separan.

TEMA: 7 ESQUIZOFRENIA

- 1.- Hª del concepto
- 2.- Características clínicas y el diagnóstico.
- 3.- Modelos psicológicos explicativos.
- 4.- Vulnerabilidad a la esquizofrenia.

1.- Hª DEL CONCEPTO

Kraepelin (1896): El 1º que sistematizó lo que hasta entonces se conocía de la esquizofrenia. Establece una organización dentro de todas las psicopatologías psicóticas en 2 grupos:

- * Psicosis maníaco depresiva
- * Psicosis demencia precoz (esquizofrenia actualmente)

Establece estos 2 grupos en función del cuadro clínico más pronóstico.

Curso: aparición muy temprana (por eso lo de precoz).

Déficit psicológicos: 3 conjuntos de síntomas que son los básicos para definir los subtipos :

- * Atención (enfoco y concentración)
- * Pensamiento (incoherencia y delirios)
- * Emoción y conducta (embolamiento afectivo, retardo, descuido social-personal ...)

Estos pacientes podrían presentar un patrón relativamente normal (por lo menos en las 1ª fases) en: memoria, percepción, orientación , capacidad intelectual (necesidad de distinguir entre los fuertes y los débiles mentales).

No hay deterioro intelectual, es un trastorno mental puro (retraso mental radicalmente diferente a esquizofrenia).

– Gran heterogeneidad: subtipos clínicos _

déficits más pensamiento paranoide continuo

salientes atención catatónica de gravedad

emoc. y cond. Hebefrénico o deterioro

+

Posteriormente **Bleuler** añadió el subtipo simple.

– Etiología orgánica (desconocida aún). Hoy sabemos que el núcleo causal es principalmente de tipo biológico.

E. BLEULER (1911): La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias.

- Ofrecer explicaciones a lo descrito por **Kraepelin**. Plantea 2 interrogantes el término demencia precoz:
- No demencia (grado limitado) no explica
- No deterioro patológico necesariamente la naturaleza
- No inicio precoz necesariamente del trastorno.
- Cambio de denominación: esquizofrenia = desdoblamiento de las funciones del yo.
- Síntomas:

a) fundamentales o primarios = exclusivos del trastorno

b) secundarios o accesorios = no exclusivos, no definían el trastorno y son el resultado del intento de explicarse y adaptarse a los síntomas primarios.

– Síntomas primarios: las 4 AS

- 1.– Pérdida de asociaciones (el más importante, da lugar al pensamiento disociado (núcleo de la esquizofrenia)
- 2.– Afecto alterado (proliferación sin control racional)
- 3.– Autismo (aislamiento)
- 4.– Ambivalencia (dificultad para decidir hacer o no algo).

Kraepelin: describir (psicología experimental Wundt)

Bleuler: explicar (psiquiatría dinámica Freud)

Causa biológica: disfunciones psicológicas que dan lugar a otros trastornos.

Kraepelin Bleuler

* definición restrictiva comprensiva

* análisis: descriptivo teórico-explicativo

* etiología: biologicista biologicista y psicologicista

psiquiatría psicopatología experimental

DSM-IV cognitiva

Semejanza: Esquizofrenia como un síndrome único frente a otros síndromes; aunque reconocían su heterogeneidad y por ello establecen subtipos.

Hoy día se distinguen 2 síndromes distintos:

- Esquizofrenia
- Trastorno delirante (no está claro)

2.- CARACTERIZACIÓN CLÍNICA:

Spitzer y cols. : estudio multicéntrico.

Criterios diagnósticos para la investigación: 8

2 conjuntos de síntomas: pensamiento y percepción – imaginación

5,6,7: alucinaciones

1,2,3,4,8: ideas delirantes, trastorno del pensamiento.

CIE-10: 2 grupos de síntomas claves:

- a) trastorno posesión, control pensamiento: delirios
- b) alucinaciones, bloqueo pensamiento, conducta catatónica

Esquizofrenia como un trastorno crónico mayor 1 mes de larga duración.

DSM-IV:

- Síntomas durante 1 mes
- Deterioro socio-laboral.
- Duración 6 meses (1 mes fase activa).

Subtipos:

CIE-10 DSM

- 1.- Hebefrenia (desorganizada) 1.- desorganizada
- 2.- Catatónica 2.- Catatónica
- 3.- Indiferenciada 3.- Indiferenciada
- 4.- Post. Psicótica
- 5.- Residual 4.- Residual
- 6.- Simple
- 5.- Paranoide

– Criterios del DSM–IV para la esquizofrenia:

– Subtipos:

* *PARANOIDE*: Es el más frecuente (ver criterios)

Preocupación por uno o más delirios o por alucinaciones auditivas frecuentes.

Ninguno de los síntomas siguientes es prominente: habla desorganizada, conducta desorganizada o catatónica, o afecto aplanado o inapropiado.

Criterios del DSM–IV: Trastorno Delirante.

Hay delirios pero no alucinaciones.

Este trastorno no está bien definido puede confundirse con una esquizofrenia tipo paranoide.

* *DESORGANIZADO*: (Ver criterios)

– Síntomas prominentes: Habla desorganizada, conducta desorganizada, afecto aplanado o inapropiado.

– No se cumplen los criterios de tipo catatónico.

* *CATATONICO*: (ver criterios)

Se cumplen al menos dos de los siguientes síntomas:

– Actividad motriz excesiva.

– Inmovilidad motora.

– Negativismo extremo (negación de cumplir ordenes o movimientos).

– Adopción de posturas extrañas voluntarias.

– Ecolalia o ecopraxia

* *INDEFERENCIADA*:

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A (presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante una parte significativa de un período de 1 mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos /aplanamiento afectivo, alogia o abulia/), pero no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

* *RESIDUAL*:

Cumple los siguientes criterios:

– Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

– Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de los o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada. (Ej: creencias raras...)

Trastorno Delirante = Esquizofrenia paranoide

- Nivel deterioro clínico (+ deterioro e interferencia : esquiz.
- Trastorno delirante: predominio delirio, no alucinaciones ni trastornos formales del pensamiento (o infrecuentemente o poco importante)
- No está claro la ausencia de trastornos formales del pensamiento.
- Trastorno personalidad: delirios menos sistematizados y menor deterioro clínico.

Curso y adaptación:

Subtipos complementarios (imp para el tratamiento)

CRÓNICO AGUDO

HISTORIA PREVIA:

* (Como estaba el individuo antes del trastorno): Este es el punto más importante actualmente.

* Mal ajuste pre-mórbido * Buen ajuste

ETIOLOGÍA:

* Ausencia sucesos externos sgtivos * Detección de sucesos externos sgtivos

* Causas orgánicas * Causa psicológica.

SÍNTOMAS:

* Aparición gradual * Aparición súbita

* Curso prolongado +2 años * Curso breve: 3 meses máximo

(presencia continua) (recuperación total)

PRONÓSTICO:

* Desfavorable * Favorable

* Deterioro progresivo * No deterioro

HOSPITALIZACIÓN:

* Prolongada y recurrente * Breve, no recurrente.

EJECUCIÓN EXPERIMENTAL:

* Sobreestimación del tamaño * Subestimación del tamaño

de los estímulos ALTERACIÓN

PERCEPTIVA

* Tasas bajas de aprendizaje incidental * Tasas normales de apr. incidental

* Rendimiento general pobre * Rendimiento general casi normal

EXPLICACIONES:

* Restricción atencional: * Incapacidad para restringir

Filtro excesivo atención inundación.

* Alta activación simpático-cortical * Baja activación cortical y/o
desequilibrio parasimpático.

PRONÓSTICO:

* Desfavorable * Favorable

HOSPITALIZACIÓN:

* Prolongada y recurrente: más de * Breve: menos de 2 años en total
dos años en total.

SUBTIPOS:

Crónico Subcrónico Subagudo Agudo

EJECUCIÓN EXPERIMENTAL Y EXPLICACIONES:

* TR lento * TR normal

* Rastreo mínimo (atención) * Rastreo mínimo (atención)

* Dependencia de campo * Independencia de campo

* Restricción atencional * Amplitud atencional

FRACASO

* Ignorar indicios MEMORIA *Indicios inadecuados

* Arousal : Subactivación * Arousal : Sobreactivación

* Predominio arousal modulador * Predominio arousal tónico.

DIFERENCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA PROCESUAL Y REACTIVA:

PROCESUAL REACTIVA

Etiología:

Biológica Psicológica : psicógena

(Esto hoy en día no se mantiene)

Hª previa:

– mal ajuste – ajuste normal

Síntomas:

– gradual – súbita

Pronóstico:

– desfavorable – favorable

– deterioro progresivo – no deterioro

Hospitalización:

– prolongada y recurrente – breve y no recurrente

Ejecución experimental:

– sobre estimación tamaño – subestimación tamaño

– aprendizaje incidental – normal aprendizaje incidental

– rendimiento general pobre – rendimiento general casi normal

Explicaciones psicológicas teóricas:

– restricción atencional – incapacidad para restringir

filtro excesivo atención inundación

DIFERENCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA:

POSITIVA NEGATIVA

TIPO I TIPO II

EXPERIENCIAL COMPORTAMENTAL

(Se asemejan a las dimensiones de ajuste premorbido)

(Buen ajuste pre-morbido) (Mal ajuste premorbido)

* Presencia de afectos, sentimientos * Ausencia de sentimientos acciones
etc... que no deberían estar presentes experiencias... que deberían estar
que están fuera del campo de experiencias presentes y no lo están (ausencia
cotidianas (alucinaciones, delirios, trast. de expresión de sentimientos).
del pensamiento).

* Secundarias : Aparición de un trastorno * Primaria: aparición del trastorno
como consecuencia de 1 trastorno más
profundo.

* Comienzo agudo * Comienzo insidioso

* Buen ajuste premorbido * Mal ajuste premorbido

* No cronicidad * Cronicidad

* Buen pronóstico * Mal pronóstico

(respecto al tratamiento)

DIFERENCIACIÓN ENTRE PARANOIDE VS. NO PARANOIDE:

Se conceptualizan menos como dimensiones y más como subtipos diferentes.

PARANOIDE NO PARANOIDE:

Diferencias a nivel sintomatológico
de tratamiento y pronóstico.

SÍNTOMA: Presencia de delirios Ausencia de delirios o presencia
(síntoma por excelencia) atenuada con delirios poco estructurados

DÉFICITS

COGNITIVOS: Estilo de procesamiento Estilo automático. Deficiencia en

Magaro controlado: debido a una preferencia situaciones que requieren un proce-
por este tipo de procesamiento en miento controlado o conceptual
cualquier situación, todo lo analizan. (se requiere análisis)

Hemsley Deficiencia en el Deficit en el procesamiento de

procesamiento controlado información automático

(que no está bien equilibrado)

Como se trata de dos elementos tan dispares se plantea que no sea una dimensión sino 2 subtipos (2 grupos de pacientes claramente diferenciados).

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA **HISTORIA NATURAL** DE LA ESQUIZOFRENIA:

* En general, el inicio de una esquizofrenia suele ser relativamente lento e insidioso. Este inicio hace difícil establecer un punto concreto de comienzo, algún suceso o acontecimiento que suponga el inicio del trastorno (incluso en ocasiones este no existe).

Este comienzo tan lento plantea una duda* a la hora de establecer un paralelismo, un continuo entre la experiencia esquizofrénica y la normalidad (¿Continuidad con la normalidad?)

Además una vez iniciado el trastorno la ruptura con la realidad es

tan fuerte que las diferencias son prácticamente cualitativas.

* Si se analizan retrospectivamente la hª de un sujeto esquizofrenico se observan síntomas prodrómicos (que avisan de la presencia del trastorno).

de recaída en la mayoría de los casos , asociados a sintomatología afectiva o ansiosa.

* Hª personal de dificultades académicas/escolares/laborales... y puntuaciones bajas en test de CI ¿dificultades atención, sociales... etc?

No tienen nada que ver con un retraso mental: La explicación

es el problema atencional que el sujeto tiene a lo largo de todo

el inicio del trastorno.

– La esquizofrenia no es un trastorno de aparición tardía, los síntomas positivos (delirios, alucinaciones) aparecen por 1ª vez en torno a los 20 años. Rara vez comienza después de los 40 años.

– Curso fluctuante, más de una hospitalización, los episodios agudos suelen ir seguidos de sintomatología afectiva. (Depresión) (peligro suicidio)

¿Pueden estar relacionados estos tipos con los subtipos más clásicos de esquizofrenia?

¿Paranoide? ¿Catatonia?

Kraepelin Demencia precoz

DIFERENCIAS EN PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

E. POSITIVA (TIPO I) E. NEGATIVA (TIPO II)

Existe una liberación anómala de todos los Restricción y estrechamiento procesos mentales que vagarían por toda la atencional. Sólo entran algunos conciencia: No control entre los distintos bits de información descontextua- procesos. No relación atencional, no control lizados. Estrechamiento atencional atencional. Desorganización de recursos atencionales

Se desborda debido a la gran cantidad de estimulación al no haber filtro atencional.

Aparición de delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento.

* Ausencia de hogar estable (home less). Van cayendo en la escala social. Carecen de redes sociales que les faciliten la reintegración. La hospitalización prolongada hace que se vayan desligando de la red social de apoyo.

Las causas de la falta de apoyo social son múltiples: inadaptación a una rutina y diferente a la del hospital, rechazo familiar y/o social, etc...

* Depresión: presente en el 25% de los casos después de fase aguda.

* Capacidad disminuida para tomar decisiones. Problemas para conseguir consentimiento para seguir en plan terapéutico (incluida la hospitalización).

ESQUIZOFRENIA: PROBLEMAS ASOCIADOS:

Problemas relacionados con estímulos que aparecen por una causa fundamentalmente:

- Abuso de sustancias (medicación no prescrita, alcohol, tabaco, etc) en crónicos.
- Agresividad (relativamente infrecuente excepto cuando el paciente se encuentra en fase aguda y tiene delirios ej: de persecución durante las que hay desconfianza y miedo hacia el entorno) ó cuando hay un consumo de sustancias además de la medicación.
- Ausencia de hogar estable (haneless) sin red social consistente, pérdida de social. Consecuencia de la hospitalización prolongada = causas múltiples:
 - inadaptación a una rutina nueva y diferente a la del hospital,
 - falta de recursos asistenciales extra-hospitalarios
 - rechazo familiar y/o social, etc.

- Depresión: en el 25% tras la fase aguda
- Capacidad disminuida para tomar decisiones:
- problema de obtener consentimiento para seguir un plan terapéutico y hospitalario.

CRITERIOS PARA SU PRONÓSTICO:

- Forma de inicio

Bueno: agudo

Malo: insidioso

- Presencia de eventos precipitantes:

Bueno: Comunicados

Malo: No comunicados

- Hª previa:

Bueno: Buena

Malo: Mala

- Confusión:

Bueno: Presente (a menudo)

Malo: Ausente.

- Síntomas afectivos:

Bueno: Presentes y evidentes

Malo: Ausente.

- Estado civil:

Bueno: Casado (red afectiva aceptable)

Malo: Soltero (que viven solos, viudos... especialmente hombres).

Experiencias perceptivas, raras, depresión, preocupación, sentimientos de culpa.

- * Hª familiar de trastornos afectivos:

Bueno: Presente

Malo: Poco probable

* H^a familiar de esquizofrenia:

Bueno: Ausente o rara

Malo: Aumentado

CONTINUIDAD NORMALIDAD-ESQUIZOFRENIA:

Estudio desde dos perspectivas:

1.- Individual – intraindividual: Desde la persona y su h^a

- Es más frecuente un cambio gradual que no brusco.
- Indicios de anormalidad (personalidad esquizotípica, problemas sociales, académicos o laborales disminuidos)
- Pacientes recurrentes: Suelen haber muchos síntomas podrómicos de recaída entre 6–8 semanas antes (ansiedad)
- H^a de dificultades laborales (inestabilidad, problemas para establecer y/o mantener relaciones sociales adecuadas,...)
- Delirios y alucinaciones suelen aparecer por 1^a vez en torno a los 20 años.
- Raras veces una esquizofrenia comienza después de los 40 años.
- Curso fluctuante (cambia mucho entre un episodio y otro, de unos sujetos a otros...); van a requerir más de una hospitalización de urgencia. Los episodios agudos suelen ir seguidos de depresión (lo que hace que cuando después de el episodio agudo se está recuperando aumentan problemas de suicidio).

2.- Análisis interindividual: Grupal. Esquizofrenia vs. Normal.

- La esquizofrenia y la normalidad como extremos de un mismo continuo es probable que algunas conductas y experiencias si lo sean pero otras no tanto (diferencias cualitativas).
- Las alteraciones en P.I que correlacionan con índices de psicosis indican la existencia de una continuidad entre una alteración psicológica primaria y la aparición del trastorno.
- Hay un continuo de predisposición (vulnerabilidad, que incluye factores de h^a familiar (Bentall, Claridge, Chapman, etc...)).

CONCLUSIÓN:

Hay más datos a favor de la continuidad, al menos a nivel de h^a familiar o personal, aunque no tanto al nivel de población general. La continuidad es planteable intra-trastorno, pero es más difícil admitir que existe entre la normalidad (en su sentido más genérico) y la patología (psicosis).

ESQUIZOFRENIA – CRITERIOS DE PRONÓSTICO:

Pronóstico bueno:

Trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia aguda, esquizofrenia esquizoafectiva, esquizofrenia reactiva, esquizofrenia en remisión.

Pronóstico malo:

– Esquizofrenia, esquizofrenia procesual, esquizofrenia nuclear, esquizofrenia crónica.

ESQUIZOFRENIA: MODELOS PSICOLÓGICOS EXPLICATIVOS

* Finales años 60 y principios años 70: investigación psicológica reciente.

* La esquizofrenia siempre se ha planteado en términos biológicos.

* El modelo conductista investigó muy poco la esquizofrenia.

* La mayor parte de las investigaciones se hacen a partir del cognitivismo y el procesamiento información.

El relativo abandono también obedece a problemas metodológicos que invalidan parte de las investigaciones realizadas.

1.- PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN:

* Efectos de la medicación.

* Estadio de desarrollo del trastorno en el paciente.

* Grupos control (¿Normales o psiquiátricos?)

* Heterogeneidad de la esquizofrenia: subtipos y variaciones.

* Ausencia de un modelo psicológico – cognitivo o general.

* Pobre ejecución en casi todas las tareas: ¿déficit diferenciales o específicos?

* Abismo entre el lenguaje experiencial del paciente y el de las teorías y modelos del procesamiento de información.

* La ignorancia de las bases neurológicas de los diversos componentes de la cognición normal, dificulta la conexión entre tales componentes y los déficits neurológicos observados en la esquizofrenia.

2.- ANORMALIDADES COGNITIVAS SEÑALADAS EN LAS DESCRIPCIONES CLÍNICAS CLÁSICAS:

KRAEPELIN: (1919)

* Pensamiento desorganizado

* Dificultades para mantener la atención.

* Distinta de la deficiencia mental.

BREULER: (1911)

- * Ruptura de los procesos asociativos que permiten organizar e interrelacionar puntos asociados, separan lo relevante de lo irrelevante.
- * Sistemas primarios vs. Secundarios (reflejo de los intentos por adaptarse psicológicamente a los primarios).

SHAKOW: (1950)

- * Pionero en la investigación experimental en esquizofrenia.
- * Lentitud a la hora de responder (TR). Problema inicial: no tanto la lentitud a responder sino la disposición a responder: Disposición fragmentada de R. Demostró que los esquizofrénicos toman más tiempo de reacción.
- * Incapacidad para ver el bosque por culpa de los árboles (tiene que examinar con meticuloso cuidado).

MACGHIE y CHAPMAN:

- Disminución de las funciones selectivas e inhibitorias de la atención.

ARIETI (66)

- Fragmentación perceptiva y aperceptiva.

MATTUSSEK (52) CONRAD (58):

- Adopta una perspectiva más gestáltica pero basándose en Brenler y Kraepelin.
- Asumen la ruptura de la gestalt (figura–fondo).
- Al ser incapaces de realizar percepciones gestalticas se rompe la percepción.
- Fragmentación perceptiva y aperceptiva.

ALTERACIONES COGNITIVAS PROCESAMIENTO INFORMACIÓN

PLANTEAMIENTOS ACTUALES

DÉFICITS DE ATENCIÓN:

SHAKOW, YATES, CANCRO:

- Los esquizofrénicos presentan una lentitud generalizada de R.

HEMSLEY (1976):

- Los esquizofrénicos presentan una ejecución cada vez peor a medida que aumenta el número de alternativas de respuesta (deficiencia en pigcon–holing; selección de respuesta que permite disminuir la redundancia de estímulos (Broadbent)).

En la focalización de la atención para responder a la redundancia estimular.

DEFICIENCIAS EN EL PENSAMIENTO AUTOMÁTICO Y PENSAMIENTO CONTROLADO:

Los esquizofrénicos presentan por deficiencia las tareas que exigen gran cantidad de pensamiento, fracaso en el pensamiento conceptual.

NUECHTERNLEIN y DAWSON (1984):

El déficit puede ser el resultado de varios factores:

- Disminución de la eficacia de las funciones superiores de control (encargadas de distribuir las capacidades y/o cantidades de procesamiento).
- Se dedica demasiada capacidad a estímulos irrelevantes: saturación del sistema.
- Se requiere un procesamiento consciente (controlado) para completar operaciones que normalmente se realizan de manera automática (mediante procesamiento en paralelo).
- Disminución de la reserva total de la capacidad de procesamiento.

Conclusión: El déficit está en el procesamiento automático.

INVESTIGACIÓN EN ESQUIZOFRENIA:

Frith (1979):

En la esquizofrenia hay consciencia de los procesos automáticos que normalmente se llevan a cabo por debajo del nivel de consciencia.

Pasner (1982):

En la esquizofrenia hay un debilitamiento de los procesos inhibitorios (automáticos).

Magaro (1984):

- Los esquizofrénicos no mantienen una organización conceptual fuerte ni una estrategia de procesamiento en serie; tampoco organizan los estímulos comúnmente relacionados entre si.

Venables (1984):

- En la esquizofrenia hay un fracaso del procesamiento automático de tal modo que esa actividad.

Knigh (1984):

- Los esquizofrénicos fracasan en la formación de esquemas perceptivos (organización perceptiva), en automatividad, o en el estudio holístico del procesamiento (¿ruptura percepción gestalt?).

El fracaso es más evidente cuando:

- Es poco familiar
- Abundancia de estímulos

- Tiempo limitado
- Es necesaria una organización rápida.

Hemsley (1985):

- Los esquizofrénicos son menos capaces de utilizar la redundancia y el patrón del input sensorial para reducir las demandas del Procesamiento de información.

Cutting 1985:

Los esquizofrénicos se concentran en el detalle a expensas del tema.

Serper, Berghan y Harvey (1990):

Los esquizofrénicos (no medicados) no consiguen desarrollar procesamiento automático a pesar de práctica intensiva (el estudio fue realizado con no medicados pero a los que siguen tratamiento farmacológico les ocurre lo mismo).

MODELO INTEGRADOR: HEMSLEY:

Actualmente es el marco de referencia de todas las investigaciones.

1.- SUPUESTOS DE PARTIDA:

- 1.- Alteraciones atencionales y perceptivas.
- 2.- La relación correcta entre percepción-atención, depende de la interacción entre los E. nuevos (a percibir) y los recuerdos (almacenados) de inputs previos y sus regularidades.
- 3.- La información (espacial y temporal) que proporciona el contexto activa el material almacenado más adecuado al nuevo input: puesta en marcha expectativas y/o sesgos de respuesta.

En sus 1º trabajos (1975–1987) sugiere que los esquizofrénicos no pueden establecer sesgos adecuados de respuestas lo que no aprovechan la redundancia estimular para reducir demandas de procesamiento.

Si esta sugerencia es correcta los esquizofrénicos pueden realizar mejor que los no esquizofrénicos tareas en las que el no establecer expectativas de respuesta facilite el rendimiento.

2.- DATOS A FAVOR: los esquizofrénicos no son deficitarios:

- Cuando filtran la información según las características físicas del input (y no su significado).
- En tareas perceptivas que requiera procesamiento simple.
- En tareas de reconocimiento.
- En el proceso de codificación irónica.

Conclusión: No hay un déficit generalizado.

ADEMÁS:

Todas las formulaciones actuales (Frith, Magoro, Venables, Knight,...,etc)

coinciden en señalar que en la esquizofrenia:

a) debilitamiento de las influencias que las regularidades

espacio-temporales tienen en la percepción

b) Ruptura o interrupción en el rendimiento por intrusión de material que

normalmente se procesa al nivel no consciente (automático).

C) La esquizofrenia consiste en un fracaso a la hora de integrar paso a paso el material almacenado con el input sensorial actual.

Esto no quiere decir que haya un problema de memoria. No es que no existan esos recuerdos de las regularidades almacenadas (experiencias previas) ni que sean inaccesibles sino que:

a) para acceder a ellas hay que hacer uso del procesamiento controlado (consciencia), en lugar de acceder mediante procesamiento automático (en paralelo y no consciente) y,

b) el deterioro consiste en la ausencia de evaluación rápida y automática de la trascendencia (o falta de) los diversos aspectos del input y

c) sus implicaciones para la acción o rendimiento.

Quejas del paciente sobre la pérdida de sensación de familiaridad acerca de estímulos que deberían serlo.

Esquema: (ver en el libro)

Regularidades almacenadas

+

Contexto

Expectativas o sesgos de Rs.

Momento a momento

Percepción

Acompañado de:

– Acceso consciencia

– Evaluación c

– Implicaciones para la acción

Input sensorial

4.- VULNERABILIDAD:

* Principales **SUPUESTOS ACTUALES** de la esquizofrenia:

1.- La esquizofrenia es un trastorno de naturaleza sistémica que:

- afecta a una amplia gama de aspectos de la actividad mental.
- Origen el funcionamiento defectuosos de diversos mecanismos de tipo cognitivo, biológico y social (multideterminada).
- Dificultades para establecer puntos claros de corte: continuo de disfunción.
- Se manifiesta a través de una amplia gama de síntomas.

2.- No es un constructo unitario sino un grupo de enfermedades (BLEULER).

3.- Sólo es abordable desde supuestos metodológicos de tipo biológico, psicológico y social.

* **Consecuencias para la investigación:**

1.- Los déficits del funcionamiento mental esquizofrénico se manifestarán en niveles diversos.

2.- Todas las fuentes causales del trastorno son susceptibles a la influencia negativa del estrés como la positiva, pero también a la influencia (positiva o negativa) de las estrategias de afrontamiento ante el estrés.

3.- Dada la naturaleza continua o dimensional del trastorno habrá diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad a padecerlo y en cuanto a recaídas.

4.- Es importante identificar marcadores de vulnerabilidad.

5.- Los marcadores de vulnerabilidad serán de diferente naturaleza: psicológicos, biológicos y sociales.

* **Marcadores de vulnerabilidad a la esquizofrenia:**

1.- Sobrecarga : acceso reducido a la capacidad de procesamiento.

2.- Dificultad para expresar emociones y afectos.

3.- Hiperactividad autonómica ante estímulos aversivos.

4.- Déficit de estrategias de afrontamiento sociales.

5.- Déficit en habilidades sociales.

6.- Procesamiento deficiente de estímulos sociales.

7.- Presencia de estresores sociales durante largos periodos de la vida.

8.- Ausencia, debilidad o inestabilidad de redes de apoyo social.

Aspectos sociales

No se habla del estrés como precursor de esquizofrenia sino que es un factor que predispone a la vulnerabilidad para las recaídas, o favorece un primer brote cuando existe una personalidad premórbida clara.

MODELO DE VULNERABILIDAD DE ZUBIN Y SPRING:

Zubin y Spring (1977): Es el más importante.

Supuesto central: La vulnerabilidad a padecer esquizofrenia es la predisposición a desarrollar un episodio de esquizofrenia cuando las circunstancias vitales externas e internas del individuo producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia al estrés del individuo.

- Dimensión estable, duradera y permanente.
- Explicitan las características de los posibles factores que reducen el umbral de tolerancia al estrés y por lo tanto aumenta la probabilidad de esquizofrenia.

3 tipos de factores estresantes:

- 1.– Factores distales:formativos de vulnerabilidad a la esquizofrenia.
- 2.– Factores precipitantes de la aparición episodios esquizofrénicos (inmediatos).
- 3.– Factores moderadores de la relación e interacción entre los dos anteriores.

1.– Factores formativos de vulnerabilidad a la esquizofrenia:

- Predisposición genética
- Tipo de sistema nervioso: hiperactividad SNA.
- Complicaciones obstétricas y neonatales
- Evolución y desarrollo tempranos
- Ambiente familiar patológico o inestable.
- Disposiciones personales (timidez, aislamiento, dificultad para expresar emociones) y cognitivas (déficits de procesamiento atencional)

Biológico (+ imp) social y personal.

2.– Factores precipitantes de episodios esquizofrénicos.

- Producen pérdida afectiva significativa.
- No deseables.
- Carácter de novedad.
- Inesperado, no predecibles
- Incontrolables.

- Requiere ajuste importante en la rutina diaria
- Incide negativamente en la red de relaciones sociales.

3. – Factores moderadores de la relación e interacción entre los dos anteriores. (los más importantes para Zubin).

- Sociales: emigración, marginación, aculturación, aislamiento social o étnico, escasez de relaciones interpersonales escaso de estimulación social, hostilidad y rechazo familiar, sobreprotección familiar o rechazo...
- Ecológicos o ambientales: ruidos, espacio vital reducido, aislamiento excesivo,
- Personal: timidez, inestabilidad emocional, déficit en atención selectiva y sostenida, negativismo, falta de ajuste....

Intervención: ausencia de factores moderadores.

MODELO DE VULNERABILIDAD DE NUECHTERLEN Y DAWSON:

(Marco de referencia actual)

Se acoplan los planteamientos anteriores con el resto de modelos de vulnerabilidad.

1. – Factores ambientales.
2. – personales: biológicos.
3. – protectores: personales y ambientales.

Período premórbido o de remisión: identificarlos factores precipitantes y los protectores.

Factores personales:

- Biológico
- Disminuye el procesamiento.
- Rasgos psicóticos de personalidad.

Factores ambientales:

- Clima familiar crítico o excesivamente emocional.
- Ambiente social hiperestimulante.
- Eventos vitales estresantes.

Factores protectores:

- Afrontamiento estrés (habilidades) personales

- Buena R. al tratamiento médico.
- Familia adecuada. Ambientales
- Intervenciones de apoyo psicoterapéutico.

La interacción negativa de factores protectores: síntomas prodrómicos caracterizado por:

- Sobrecarga capacidad procesamiento.
- Hiperactividad autonómica. La interacción negativa
- Difícil procesamiento Es. Sociales

De estos 3 elementos: aparición síntomas previos o recaída.

PAPEL DEL ESTRÉS EN LA ESQUIZOFRENIA:

- Estrés: puede ser precipitante de las recaídas en sujetos con alta vulnerabilidad a la esquizofrenia.
- No está claro su papel causal directo en la 1ª aparición del trastorno ni cuando la vulnerabilidad es baja.
- Es un elemento que contribuye a la formación de una dimensión de vulnerabilidad.
- Estrés reciente e intenso no causa esquizofrenia si no existen todas las otras características previas.
- Necesidad establecer elementos que influyen en la aparición, recaída o vulnerabilidad.

Estrés VULNERABILIDAD

Estrat inadecuadas afrontam

Factores personales/ambientales + factores protectores

afrontam fam.

Person ambien.

tratam. Apoyo

Síntomas prodrómicos

Recaída sobrecarga procesamiento hiperactivo

autonómico déficit procesamiento E social.

Se manifiesta a través de muchos síntomas.

Las causas iniciales del trastorno son de naturaleza biológica pero las que llevan a recaídas no son exclusivamente biológicas sino psicológicas y sociales. Sería una postura muy reduccionista el asumir la enfermedad como si únicamente estuviera causada por factores biológicos.

TEMA: 10 TRASTORNO DE PERSONALIDAD

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Eje II DSM-IV)

- 1.- Pauta de funcionamiento estable y duradera (patrón patológico general de funcionamiento) de experiencia interna y comportamiento manifiesto: cognición, afectividad, funcionamiento social, control impulsos.
- 2.- Patrón inflexible (no se adecua a las demandas sociales).
- 3.- Malestar clínicamente significativo a nivel subjetivo (a veces no se cumple aunque sí sus consecuencias) (malestar en las personas con las que convive).
- 4.- Comienzo adolescencia o inicio edad adulta.
- 5.- No explicado por trastorno mental.
- 6.- No debido a sustancias, etc.

CLASIFICACIÓN POR CLUSTERS

- 1.- Rasgos parecidos a las psicosis:
 - Paranoide (el desconfiado)
 - Esquizoide (el indiferente)
 - Esquizotípico (el extravagante)
- 2.- Alteraciones en el ámbito de relaciones sociales:
 - Antisocial (el psicópata)
 - Límite (el inestable)
 - Histriónico (el exagerado)
 - Narcisista (el ego)
- 3.- Patrón disfuncional del modo de manifestar las emociones:
 - Por evitación (autoestima)
 - dependiente (el sumiso)
 - Obsesivo-compulsivo (el perfeccionista)

CLUSTER A (psicosis)

1.- PARANOIDE:

Patrón de desconfianza y suspicacia, los motivos de los demás se interpretan malévolamente y en sentido autorreferente negativo.

2.- ESQUIZOIDE:

Desapego de las relaciones sociales, aislamiento y dificultad expresión emocional (poca modulación).

3.- ESQUIZOTÍPICO:

Patrón de desconfort en las relaciones íntimas distorsiones perceptivas, anomalías cognitivas y comportamientos excéntricos.

Comportamiento social alterado: tendencia al aislamiento porque es receloso, socialmente frío o conducta extraña.

1.- PARANOIDE:

ENTREVISTA CLÍNICA A UN PARANOIDE: (el desconfiado)

- Dificultades enormes a la hora de establecer un buen rapport con el entrevistador por su desconfianza.
- Fríos y reservados.
- Suelen mostrarse racionales y objetivos (los demás lo califican de comportamiento obstinado, inquebrantable, o argumentación excesiva).
- Suelen mostrarse rígidos, moralistas, intolerantes y punitivos.
- Suelen escudriñar las preguntas por si tienen un doble significado, el despacho y al entrevistador más de lo normal.
- Rellenar los cuestionarios que se le pide pero son muy lentos, lo analizan mucho, perfeccionistas y cautelosos.
- Pueden pedir referencias al entrevistador.
- La actitud del entrevistado: importante mostrar una actitud tranquilizadora. Nunca mostrarse a la defensiva.

Si se hace notar abiertamente su recelo puede interpretarlo como hostilidad, crítica o insulto. Utilizar transiciones entre temas (relajarlo); En las 1ª entrevistas no profundizar demasiado en cada tema para abordar varios temas.

ESTADO MENTAL:

- Hipervigilancia
- Habla fluida y dirigida a la meta
- Afecto: hostilidad/ansiedad. Muy a la defensiva
- Memoria y orientación intactos
- ¿Conciencia de enfermedad? No. Puede reconocer sus celos pero se justifica y no acepta que sea parte de

una anomalía.

2.- ESQUIZOIDE:

Desapego (indiferencia) hacia las relaciones sociales y rango restringido de expresión emocional.

ENTREVISTA CLÍNICA:

- Dificultad rapport porque no muestra R afectiva.
- Conducta no verbal.
- No responde a las muestras de empatía o elogio.
- Afecto aplanado aunque relate situaciones de gran impacto emocional.
- Dificultad para valorar la importancia de los conflictos emocionales que tiene (poco malestar clínico)
- No quiere hablar de sus problemas.
- Actitud general de indiferencia.

ESTADO MENTAL:

- Ausencia de expresión facial y gestos fríos o forzados.
- Habla dirigida a la meta pero sin elaboración ni detalles.
- Aprosodia.
- No hay alteraciones perceptivas ni pensamientos delirantes.
- ¿Conciencia de enfermedad? No considera su retirada social como una anomalía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARANOIDE

- Trastorno delirante (delirios) = esquizofrenia paranoide (ausencia de síntomas positivos, aunque puede haber distorsiones perceptivas auditivas = alucinación).
- Trastorno E.A con síntomas psicóticos depresivo o maníaco.
- Rasgos paranoides asociados a minusvalías físicas (de nacimiento o adquiridas) (ej.: sordera)
- Síntomas asociados al consumo crónico de sustancias (trastorno personalidad paranoide pero inducido por sustancias).
- Otros trastornos de personalidad Cluster A.

Pueden haber más de 1 trastorno de personalidad o caracteres de varios : trastorno de personalidad indiferenciado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ESQUIZOIDE:

- Esquizofrenia.
- Trastorno delirante.
- Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
- Síntomas leves del trastorno autista.
- Síndrome de Asperger (interacción social autista, repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses, sin déficits en lenguaje, dificultades motoras)
- Otros trastornos de personalidad cluster A.
- Trastorno de personalidad evitación.
- Trastorno de personalidad obsesivo– compulsivo.

3.- ESQUIZOTÍPICO:

De los 3 Trastorno de personalidad es el que mayor nivel de vulnerabilidad a la esquizofrenia tiene.

Déficits sociales y personales, incapacidad de relaciones íntimas, distorsiones perceptivas o cognitivas, comportamiento muy extraño.

ENTREVISTA:

- Suelen sorprender por sus formulaciones extrañas e ideas peculiares.
- Hay que transmitirle que no se le rechaza, ni sus percepciones ni sus sentimientos. (Ni juicios de valor).
- Es colaborador si se consigue establecer rapport.
- Hacer preguntas para que concrete porque va por las ramas.
- Su apariencia física puede ser peculiar.
- Su discurso puede ser difícil de seguir.

ESTADO MENTAL GENERAL:

- Puede usar palabras con significado infrecuente (neologismos) o en contextos infrecuentes.
- Puede mostrar pensamientos mágicos, ideación paranoide, supersticiones o ideas de referencia. (No entiende porque los demás no le captan).
- Afecto inapropiado o extravagante. Dependencia afectiva.
- Orientación y memoria intactas.
- ¿Conciencia de enfermedad? Sabe que los demás lo consideran raro pero el no sabe porque; nunca lo atribuye a su pobre comprobación de la realidad (pensamiento mágico).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Trastorno de la personalidad esquizotípico:

- Esquizofrenia, trastorno delirante, T.E.A síntomas psicóticos.
- Síntomas consumo sustancias.
- Otros trastornos personalidad clúster A.

CLUSTER B

- 1.- ANTISOCIAL:** Violación persistente de las normas sociales (psicópata).
- 2.- LÍMITE:** Inestable, impulsivo, en cuanto a las relaciones interpersonales, afectivas y a autoimagen.
- 3.-HISTRIÓNICO:** Quiere ser el centro de atención, responde exageradamente a nivel emocional, busca la atención.
- 4.- NARCISISTA:** Alto ego, grandiosidad necesidad de admiración y falta de empatía.

Para distinguirlos hacerse la siguiente pregunta:

¿La persona se impone a los demás?

Límite

Si

Antisocial

¿El comportamiento es dramático?

Si Histriónico

¿Es egocéntrico?

Si Narcisista.

1.- ANTISOCIAL:

- Violación de los derechos de los demás.
- Inicio hacia los 15 años (niños mentiroso y peleones) (ausencia de remordimientos o justificación constante).
- No se aplica el diagnóstico antes de los 18 años.

ENTREVISTA:

- Es difícil establecer rapport. Puede producir problemas éticos: porque estamos ante sujetos que violan leyes. Estos problemas hay que controlarlos, sino remitir a otro profesional.
- Pueden mostrarse especialmente provocativos sobre todo cuando el entrevistador es del sexo opuesto,

intentan impresionar.

- Hay que contrastar la información porque hay falta de sinceridad y mentiras.
- Las actitudes más eficaces con ellos es intentar mostrarles empatía por las consecuencias de sus conductas y de sus fracasos. Son sujetos que no tienen apenas éxitos en lo que hacen, a pesar de ser fríos y/o metódicos su impulsividad hace que fracasen.
- No transmitir que se le está juzgando o castigando.
- Transmitir que si se aviene al cumplimiento de unas normas se les apoyará en sus metas constructivas, que tenemos los medios.
- Es fácil hablar con él si se entra en su juego, si no se le critica, rechaza, enfada con él, etc...
- Dificultades si nos perciben como figuras de autoridad.
- Si muestra hostilidad: mostrar indiferencia o iniciar el término de la entrevista.

ESTADO MENTAL:

- Respuestas poco claras, poco detalladas y poco informativas (si son exageradas puede mostrar que está mintiendo)
- Persona lúcida sin problemas en cuanto a su claridad mental.
- Humor irritable (deprimido o excesivamente alegre)
- Falta de control emocional.
- Memoria, orientación: intactas.
- ¿Conciencia de enfermedad? No se siente culpable de lo que hace y lo justifica culpando a otros: no conciencia de enfermedad aunque reconoce que se está saltando las normas aunque siempre lo justifica.

Estos sujetos suelen tener un apego afectivo hacia alguna figura de la familia pero es un apego frío.

2.- LÍMITE:

- Inestabilidad:
- relaciones personales.
- afecto
- autoimagen.

ENTREVISTA:

- Difícil establecer rapport por su inestabilidad.
- Oscilación entre la confianza y la desconfianza.

- Es difícil que se mantenga en un tema. Hay que dirigirle, animarle en sus contribuciones a la entrevista.
- Puede manifestar contradicciones: confrontarlas, hacerle ver que se está contradiciendo para que se decida, sin agresividad.
- Mejor formular preguntas abiertas (para que no se sienta presionado). Enmarcar un tema con preguntas abiertas y una vez enmarcado hacer preguntas más concretas.

ESTADO MENTAL:

- Labilidad afectiva.
- Ambivalencia en sus reacciones sociales.
- Ambivalencia de pensamiento.
- Falta de control de los impulsos.
- ¿Conciencia de enfermedad? No, puesto que no sabe cuál es la fuente de sus dificultades.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, TRASTORNO PERSONALIDAD ANTISOCIAL:

- Trastorno relacionados con sustancias (ver si es consistente)
- Esquizofrenia (porque a veces es esquizofrenia hay conducta antisocial).
- Manía (ver la hª previa de episodios. Si hay hª de trastorno afectivos, más probabilidad de manía que de trastorno personalidad antisocial).
- Otros trastornos del cluster B (especialmente el límite)
- Trastorno paranoide.
- Comportamiento delincuente para obtener beneficios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, TRASTORNO PERSONALIDAD LÍMITE:

- Trastorno del estado de ánimo (especialmente hipomaniaco)
- Síntomas que pueden desarrollarse como consecuencia del abuso crónico de sustancias.
- Otros trastornos cluster B.
- Trastorno de personalidad paranoide (reacciones coléricas)
- Trastorno de personalidad de dependencia (miedo al abandono).
- Problemas de identidad relacionados con una fase del desarrollo.

3.- HISTRIÓNICO: (Histerico)

- Emocionalmente exagerado e inestable, búsqueda de atención.

ENTREVISTA:

- Reclaman que le acepten y saber nuestra opinión.
- Emocionalidad exagerada que puede dar la impresión de falta de sinceridad. (Lo cual no es cierto).
- Si coincide en género con el entrevistador: rivalidad o tanteo de poder.
- Si es de distinto género que el entrevistador: coqueteo y seducción.
- Preguntas desestructuradas y abiertas no suelen funcionar (muchos detalles).
- Entrevista dirigida (utilizar la entrevista estructurada es lo mejor y también preguntas cerradas).
- Mostrar empatía ante sus contradicciones.

Si empatizamos puede llegar a admitir algunas de sus deficiencias.

Si se queja de críticas pedir razones. Puede reconocer su debilidad.

ESTADO MENTAL:

- Distraibilidad pero sin presión del habla ni fuga de ideas.
- Manierismos.
- Incontinencia afectiva y dramatización Belle indifference
- Tono de voz excesivamente modulada.
- ¿Conciencia de enfermedad? Puede llegar a reconocer su debilidad.

4.- NARCISISTA:

- Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

ENTREVISTA:

- Demandará atención especial.
- Difícil establecer rapport.
- Difícil establecer una alianza terapéutica.
- En la medida en que se entre en su juego (elogios) es posible que se muestre colaborador.
- Reacción de ira y enfado (no agresividad física) ante la crítica.
- No tiene conciencia de enfermedad (de su ego inflado). El objetivo de la terapia es hacerle ver que los demás también tienen
- Actitud del entrevistador lo más lógica y racional posible.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, HISTRIÓNICO:

- Síntomas consumo sustancias.
- Otros trastornos de personalidad cluster B.
- Trastorno de la personalidad dependencia.
- Trastorno Obsesivo– Compulsivo (distanciamiento social detallista).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, NARCISISTA:

- Síntomas consumo sustancias.
- Otros trastornos de personalidad cluster B.
- Trastorno Obsesivo– Compulsivo (perfeccionista).
- Episodio hipomaniaco o manía (delirios de grandeza).
- Trastorno de personalidad esquizotípico y paranoide (susplicacia y retraimiento).

CLUSTER C

- Trastornos de personalidad por evitación.
- Trastornos de personalidad por dependencia.
- Trastornos de personalidad obsesivo–compulsivo

1.- POR EVITACIÓN:

- Inhibición social, sentimiento de inadecuación, hipersensibilidad a la evaluación negativa (fobia social aunque el evitador sí se relaciona si está seguro de que le van a aprobar y aceptar)

DOMINIOS DIAGNÓSTICOS:

1.- *NIVEL CONDUCTUAL:*

* Comportamiento expresivo: Desasosiego, el que se inquietud.

- Sentimiento constante de desasosiego e inquietud.
- Dudas en relacionarse.
- Responde en exceso juzgando ansiosamente como una demostración de que los demás lo están ridiculizando o rechazandolo.

* Conducta interpersonal: Aversiva:

- Distancia de situación que implique relaciones personales de mayor intimidad.

- Extensa hª de rechazos y desconfianza (que puede ser cierto o no).
- Personalidades que buscan activamente el desapego (Por miedo al rechazo).

2.- *NIVEL FENOMENOLÓGICO:*

* Estilo cognitivo: Distraído:

- Rastrea el ambiente en busca de amenazas potenciales (cámara, espejos bidireccionales, grabadoras...

* Auto imagen: el alejado el antipático

- Socialmente ineptos e inferiores.
- Justificación aislamiento social y rechazo demás.
- Sentimiento soledad y vacío.

3.- *NIVEL INTRAPSÍQUICO:*

* Mecanismo regulador: fantasía

- Dependencia excesiva de la imaginación y la fantasía para conseguir gratificación.
- Se repliega en sus ensoñaciones como medio de descarga de impulsos, ira, frustración.

4.- *NIVEL BIOFÍSICO*: humor/ temperamento/ angustiado/ atormentado.

Describen su estado emocional como una tensión constante.

Ansioso, receloso, evitar confrontación durante la entrevista, expresor comprensión empática, es fácil de entrevistar. Si no estamos atentos puede sentirse ridículo, criticado.

ESTADO MENTAL:

- Reservado, responde con monosílabos, circunstancial, suspicaz, receloso, ansioso, una vez que se sienta cómodo revelará sus sensibilidad a ser mal interpretado.

DIAGNÓSTICO:

- Llama la atención su ansiedad y afecto restringido.

2.- **POR DEPENDENCIA:**

DSM-IV:

- Conducta sumisa y pegajosa, miedo a la separación.
- Necesidad de que se ocupen de él.
- 5 ó + síntomas:

- Incapacidad tomar decisiones sin consejos.
- Necesita a los demás para asumir responsabilidades.
- Dificultad expresar desacuerdos por miedo a perder el apoyo a la aprobación.
- Dificultad en iniciar proyectos porque carecen de confianza en sus juicios.
- Puede hacer cosas desagradables para obtener cuidados.
- Se siente incómodo o indefenso cuando está solo.
- Busca urgentemente otras relaciones cuando termina la que tiene.
- Se preocupa de forma poco realista por ser abandonado.

DOMINIO DIAGNÓSTICOS:

1.- *NIVEL CONDUCTUAL:*

* Comportamiento expresivo: incompetente.

- Falta de auto-confianza.
- Huida de responsabilidades adultas actuando como desvalido y buscando el cuidado de los demás.
- Pasivo.

* Conducta interpersonal: Sumiso

- Excesiva necesidad de consejos y seguridad.
- Self subordinado a la figura más fuerte y cuidadosa, sin la cual se siente solo y desamparado.
- Miedo a tener que cuidar de si mismo.

2.- *NIVEL FENOMENOLÓGICO:*

* Estilo cognitivo: NAIVE (ingenuo, infantil)

- Rara vez esta en desacuerdo y se le convence fácilmente.
- Solo ve lo bueno en las cosas, el lado amable y agradable

* Autoimagen: Inepto

- Se ve como una persona débil, frágil, inadecuada.

- Falta de confianza en sí mismo.
- No es capaz de hacer cosas por sí mismo.

3. – *NIVEL INTRAPSÍQUICO:*

* Mecanismo regulador: Introyección/negación.

- Totalmente dedicado a otro.
- El otro y él son uno: asume todos sus valores.
- Minimiza y niega cualquier fuente de problemas.

4. – *NIVEL BIOFÍSICO:*

* Estado de ánimo: temperamento pacífico

- Cálido, tierno, no competitivo, evita tensiones.

ENTREVISTA:

- Fácil establecer rapport.
- Sise le presiona mucho surge la queja de no ser tan duros con ellos. Puede reaccionar buscando otro terapeuta.
- Coopera.
- Tolerancia las transiciones de tema.
- Permite evaluar sentimientos muy personales.

ESTADO MENTAL:

- Acude a consulta sobre todo por problemas de pareja.
- Sumisión, necesidad de agradar.
- Afecto ansioso, depresivo, con ciertas características obsesivas.
- autoestima y ansiedad por hacer algo equivocado.
- Bien orientado.
- No aprecia su falta de iniciativa y sus consecuencias.
- Sin conciencias de enfermedad. Sabe que hay problemas pero no que se deban a él.

3. – **OBSESIVO-COMPULSIVO:**

- Es difícil distinguirlo de un Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

- DSM–IV (min 4 síntomas):
- Sujeto rígido, poco flexible y organizado.
- Perfeccionista.
- Devoción al trabajo y a la productividad.
- Escrupuloso, inflexible con los valores morales y éticos.
- No delega tareas.
- Falta de generosidad.
- Rígido y testarudo.

1. – NIVEL CONDUCTUAL:

* Conducta Expresiva: Disciplinado.

- Vida concienzudamente estructurada y planificada.
- El perfeccionismo interfiere con la toma de decisiones y terminar tareas.

* Conducta interpersonal: Respetuoso

- Cumplimiento estricto de reglas y convenciones
- Escrupuloso en materia de moral y ética
- Relaciones correctas
- Exigencia de que los demás (subordinados) se plieguen a sus normas.

2. – NIVEL FENOMENOLÓGICO

* Estilo cognitivo: Estrecho de miras

- construye el mundo en términos de reglas, normas y jerarquías.
- Rígido, terco

– Indeciso y molesto en situaciones nuevas.

* Autoimagen: Concienzudo

- Se considera: trabajador, fiable, meticulado y eficaz
- Excluye actividades de tiempo libre y ocio
- Valora en exceso los aspectos del yo relacionados con la disciplina y la perfección.

3.- NIVEL INTRAPSÍQUICO

* Mecanismo regulador: Reacción / información

- Racionaliza dándole la vuelta a las argumentaciones.

4.- NIVEL BIOFÍSICO:

* Estado de ánimo: Temperamento solemne

- Restricción sentimientos de ternura
- controla sus emociones pero puede volverse agresivo en situaciones tensas.

ENTREVISTA:

- Incapacidad apreciar la situación pro fijarse demasiado en los detalles.
- Difícil crear una buena atmósfera de entrevista.
- La empatía puede ser problemática:
- Orgullo de ser objetivo.
- Se perturba si se expresa empatía por su sufrimiento
- Lo importante son los problemas, no las emociones.
- Si se enfada hay que mantenerlo en esa situación de enfado para que vea que puede perder el control emocional. Explicarle que el enfado está justificado y debe expresarlo. Aunque éste no deba ser el objetivo de la entrevista
- Preguntas concretas mejor que abiertas.

ESTADO MENTAL:

- Problemas en la toma de decisiones que se reflejan en la propia entrevista: ¿qué actitud debo tomar ante el clínico?
- Visión distorsionada de sí mismo, se considera una persona neutral.

DIAGNÓSTICO:

- Decidir si hay trastorno asociados: depresión o fobias.
- Excluir trastorno obsesivo-Compulsivo.

EVALUACIÓN TRASTORNO PERSONALIDAD EN GENERAL:

1.- Evaluando la omnipresencia. (De esos modo de funcionamiento)

- Amplio rango de conductas, sentimientos, interpretaciones.

- Se dan en distintas circunstancias.
- Se dan a menudo, no a veces
- En amplitud de contextos, no son reacciones puntuales.

2.– Rasgos de personalidad vs trastorno de personalidad (no está claro)

- T.P Inflexibles – repertorio de Rs reiterativo
- se da independientemente de las circunstancias
- desadaptativos. – consecuencias de la inflexibilidad.

3.– Patrón duradero:

- Inicio infancia/adolescencia
- Preguntar sobre periodos de tiempo
- Distorsión: compaginar la evaluación transversal (aquí y ahora) con la evaluación longitudinal (hacia atrás y hacia delante).

4.– Evaluar los efectos del Eje Y

- * Episódico vs crónico
- Preguntar aspectos anteriores a la sintomatología del eje Y (antes y después)
- * Eje II como fase prodrómica del Eje Y
- Vulnerabilidad
- Diagnóstico diferencial.

5.– Usar informaciones externas.