

PARTE I: INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA

TEMA 1 : HISTORIA, MODELOS Y CONCEPTOS DE PSICOPATOLOGÍA

*** HISTORIA**

- Sin el conocimiento de la historia no podemos entender el presente ni anticipar el futuro.
 - Muchos conceptos y teorías no surgen ex novo sino que poseen antecedentes significativos.
 - Existen dificultades para identificar un objeto claro e idéntico de estudio a través del tiempo (ej: locura, enfermedad, posesión,...)
 - El cambio de términos (objetos) depende de:
-
- Descubrimiento de nuevos hechos (ej: bacteria de la sífilis).
 - Adecuación cultural–social (ej: hace 50 años los trastornos de alimentación eran mínimos). La cultura provoca cierto tipo de estresores que hacen que una persona vulnerable se exponga a alteraciones. El contexto es lo que va a definir lo que es o no patológico.
-
- Necesidad de considerar las ideas imperantes sobre el hombre y su mente.
 - Los seres humanos siempre han tratado de explicar y controlar los comportamientos anómalos (ej: sacerdotes, chamanes, filósofos, psicólogos, psiquiatras...)
 - Las explicaciones se derivan de los modelos de conducta populares de la época.

Hay dos tipos de tradiciones de la Psicopatología:

A) TRADICIÓN MÁGICO–RELIGIOSA (concepción demonológica) :

- Ha reflejado una lucha entre el bien y el mal.
- Conducta anómala: reflejo de la batalla entre el bien y el mal, este pensamiento es característico de :
 - ◆ Culturas pre–literarias
 - ◆ Culturas Orientales
 - ◆ Grecia
 - ◆ Roma
 - ◆ Edad Media
 - ◆ Renacimiento.

B) TRADICIÓN CIENTÍFICO–NATURAL (personas que promovían) :

- ◆ Hipócrates
- ◆ Galeno
- ◆ Vives
- ◆ Paracelso

CULTURAS PRE–LITERARIAS

- Factor común: pensamiento mágico.
- La enfermedad mental, como el resto de enfermedades, eran enviadas por los dioses:
 - ◆ Castigo por violación de tabúes.
 - ◆ Castigo por olvido de obligaciones rituales.
- Toman forma de:
 - ◆ Robo del alma.

- ♦ Posesión del alma.
- Tratamiento:
 - ♦ Chamán.
 - ♦ Trepanación.
- Implicaciones:
 - ♦ La causa determina el tratamiento.
 - ♦ La vida psíquica radica en la cabeza.
 - ♦ Concepto unitario del ser humano (unidad mente–cuerpo).

ANTIGÜEDAD CLÁSICA: GRECIA

- **Pensamiento POPULAR:**
 - ♦ Causas sobrenaturales.
 - ♦ Tratamiento en manos de sacerdotes.
- **Pensamiento MÉDICO:** (*Hipócrates*, antecedente del modelo médico)
 - ♦ Las enfermedades mentales (epilepsia) no son más sagradas ni divinas que las demás, tienen causas naturales.
 - ♦ La vida mental reside en el cerebro.
 - ♦ Teoría de los humores: psicopatología producto del desequilibrio:
 - ◊ Sangre: corazón, sanguíneo (delirium, insomnio).
 - ◊ Bilis negra: bazo, melancólico (depresión).
 - ◊ Bilis amarilla: hígado, colérico.
 - ◊ Flema: cerebro, flemático (apatía y aletargamiento).
 - ♦ Terapias: purga, dietas, regímenes, ejercicio,...
 - ♦ Acuña el término histeria (útero errante). Tratamiento: matrimonio.
- **Pensamiento FILOSÓFICO:**
 - ♦ *PLATÓN* :
 - ◊ Explicación mística de la locura.
 - ◊ Locura: desarmonía entre cuerpo–mente.
 - ◊ 4 clases de locura: profética, poética, ritual y erótica.
 - ◊ Leyes: comportamiento que la sociedad tenga que tener con los locos.
 - ♦ *ARISTÓTELES*:
 - ◊ Sigue la doctrina de Hipócrates.

ANTIGÜEDAD CLÁSICA: ROMA

- Sigue los tópicos griegos.
- *GALENO* sigue la teoría hipocrática.
- Derecho Romano * : reconocimiento del estado mental como atenuante de la pena.

LA EDAD MEDIA

- Cultura árabe versus Cultura cristiana.
- **CULTURA ÁRABE:**
 - ♦ Trasmisión de los saberes greco–romanos durante la Edad Media.
 - ♦ Canon de Avicena : Capítulo de enfermedades mentales (Psicología descriptiva).
 - ♦ Filosofía: El Corán.
 - ◊ Límites difusos entre locura y posesión divina. Loco: elegido de Dios.
 - ◊ Trato humanitario a los locos.
 - ◊ Creación de asilos y casas de cuidado (Bagdad, Damasco,...)

- **CULTURA CRISTIANA:**

- ◆ Abdicación de la naciente actitud científica hacia la locura.
- ◆ El trastornado, ¿santo o diablo?
 - ◇ S. VII: Se decanta que es un proceso del diablo: posesión demoníaca, alineación.
 - ◇ Las autoridades religiosas, las únicas legitimadas para luchar contra el mal.
- ◆ S. XIII: Escolásticos como *Tomás de Aquino* adoptan una postura organicista.
- ◆ S. XV: Críticas a la Iglesia, revueltas sociales,...
 - ◇ Inquisición (1199)
 - ◇ Caza de brujas (desidentes, locos,...)

RENACIMIENTO (S.XV–XVI)

- Exaltación de los valores humanistas y culto a la razón.
- Recrudescimiento inicial de la persecución de la brujería.
- Aparición del Humanismo:
 - ◆ **VIVES:**
 - ◇ Defiende el trato humano para los enfermos mentales.
 - ◇ Tratado de educación a las mujeres. (Hija de Catalina de Aragón).
 - ◆ **WEYER:**
 - ◇ Padre de la Psiquiatría moderna.
 - ◇ Alegado contra las concepciones demonológicas. *De Praestigüs* (hasta el S. XIX no fue conocido por la prohibición de la Iglesia).
 - ◆ **PARACELSO:**
 - ◇ Astrología y Alquimia.
 - ◇ Tres principios: sal, mercurio y sulfuro (uso de metales como agentes terapéuticos).
 - ◇ Órganos humanos en contacto con los planetas (sol: corazón; luna: cerebro; Júpiter: hígado,...).
- Auge de la Fisiognomía: *Gianbattista della Porta*.
- Difusión de los planteamientos árabes sobre el trato para los enfermos mentales : Creación de las casas de los locos (Valencia, 1409)".

ILUSTRACIÓN (S. XVII–XVIII)

- Comienzo de la Medicina Moderna (avances en Fisiología y Anatomía).
- Interés por las taxonomías (clasificaciones).
- Frenología: *GALL* ; Buscar zonas del cerebro específicas que tienen que ver con enfermedades específicas.
- **MESMER (MESMERISMO) :**
 - ◆ Fluido que llena el universo y los hombres, a la tierra y cuerpos celestiales.
 - ◆ Enfermedad: distribución desigual del fluido.
 - ◆ Terapia: Canalizar este fluido .
 - ◆ Antecedentes del descubrimiento del inconsciente.
- Prolegómenos de la reforma psiquiátrica:
 - ◆ Italia: *CHIARUGI*
 - ◆ Inglaterra: *TUKE*
 - ◆ Francia: *PINEL*

SIGLOS XIX–XX

- **ORGANICISMO :**

- ◆ *GRIESINGER (Alemania):*
 - ◇ Enfermedades mentales = enfermedad del cerebro.

- ◊ Etiología orgánica.
- ◊ Unión entre Psiquiatría y Neurología.
- ◆ **MOREL (Francia):**
 - ◊ Factores hereditarios.
- ◆ **LOMBROSO (Italia):**
 - ◊ Antropología Criminal.
 - ◊ Estigmas degenerativos de los delincuentes.
- **PSIQUIATRÍA DINÁMICA:**
 - ◆ **CHARCOT:**
 - ◊ Trabajaba en el hospital La Salpêtrière.
 - ◊ Hipnosis: manifestación de anormalidad.
 - ◊ Disentido por *LIEBAULT* y *BERHEIM* (Escuela de Nancy).
 - ◆ **JANET (Discípulo de Charcot):**
 - ◊ La disociación.
- **SISTEMATIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN:**
 - ◆ **KRAPELIN:**
 - ◊ Primer Sistema de clasificación.
 - ◊ Demencia precoz
 - ◊ Importancia de los factores orgánicos"
 - ◊ **Curiosidad :** *Entró en contacto con mucha gente que tenía muchos síntomas diferentes y decidió hacer un análisis y buscar similitudes y diferencias entre dichos pacientes. Paralelamente, como era profesor hizo un programa de la asignatura, que después se convertiría en el primer sistema de clasificación.*
 - ◆ **BREULER (Influencias Freudianas):**
 - ◊ Dio nombre a la Esquizofrenia
 - ◊ Importancia de factores psicológicos.
 - ◆ **MEYER (Dio nombre a la Psicobiología):**
 - ◊ Tipos de reacción: enfermedad mental como reacción de la personalidad .
 - ◊ Influencia en el DSM-I.

S.XX : NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA

- ◆ **KARL JASPERS:**
 - ◊ 1913: *Psicopatología General*, lo escribió con 30 años.
 - ◊ Fenomenología de los factores psicopatológicos.

MODELOS PSICOLÓGICOS SB PSICOPATOLOGÍA

- Qué es lo normal y lo patológico.
- Qué ha de estudiarse.
- Qué investigaciones realizar y cómo.
- Qué datos son los relevantes.
- Cómo evaluar y tratar lo patológico.

MODELO MÉDICO

- Habla de la enfermedad mental: Etiología orgánica que tiene sintomatología.

Causas biológicas

Tratamiento biológico

- ASPECTOS POSITIVOS:
 - ◆ Los problemas psicológicos pueden tener causas o concomitantes biológicos.
 - ◆ Desarrollo de la investigación biomédica.
 - ◆ Psicofármacos.
- CRÍTICAS Y LIMITACIONES:
 - ◆ Reduccionismo biológico.
 - ◆ Paciente: ser humano pasivo.
 - ◆ Diagnóstico basado en la etiología.
 - ◆ Diagnóstico = etiquetado.

MODELO PSICODINÁMICO: PSICOANÁLISIS

Enfermedad mental

Causas psicológicas

Tratamiento psicológico

- ASPECTOS POSITIVOS:
 - ◆ Reconocimiento de los factores psicológicos.
 - ◆ Énfasis en la historia del enfermo (importancia de la persona sobre la enfermedad).
- CRÍTICAS Y LIMITACIONES:
 - ◆ Reduccionismo psicológico.
 - ◆ Ausencia de comprobación experimental, alejamiento del modelo científico.
 - ◆ Difícil de verificar.

MODELO CONDUCTISTA (S. XX)

- Conducta desadaptativa (no hablaban de trastorno sino de comportamiento).
- Causas: Aprendizaje (factores que mantienen dicha conducta o comportamiento).
- Tratamiento comportamental: averiguar situaciones en las que se dan los comportamientos y ver que es lo que hace que se mantengan).
- ASPECTOS POSITIVOS:
 - ◆ Basado en objetividad y experimentación .
 - ◆ Énfasis en aspectos ambientales.
 - ◆ Relación entre evaluación y tratamiento.
 - ◆ Ser humano: agente activo ante el problema.
- CRÍTICAS Y LIMITACIONES:
 - ◆ Pobreza explicativa.
 - ◆ Basado fundamentalmente en el criterio de eficacia terapéutica.

MODELOS SOCIALES (AÑOS 60)"

- **Curiosidad** : Trabajo de Rosenham; Se hicieron pasar por esquizofrénicos diciendo que oían voces y únicamente se dieron cuenta que realmente no lo eran los propios enfermos.
- Diversidad de modelos.
- El problema del rotulado (no se clasifica a las personas sino las enfermedades).

- El grupo social (instituciones, familia,...) como generador y/o mantenedor de patologías.
- El grupo social como marco de referencia para el tratamiento.
- Perspectiva comunitaria: no solo tratar el problema cuando ya está presente sino la prevención y las diferentes atenciones (primaria, secundaria, terciaria,...).

MODELO COGNITIVO (FINALES 60-70)

- El cerebro es, ante todo, un dispositivo capaz de tratar (manejar) con información, y no algo que únicamente responde a ella.
- Experiencias mentales inusuales, anómalas, disconformes.
- Investigación en estructuras y procesos internos (experiencia).
- Cómo funcionan los procesos de conocimiento anómalo y/o...
- Qué información se elabora.
- No hay UN modelo cognitivo de la psicopatología sino una Psicopatología cognitiva.
- CRÍTICAS Y LIMITACIONES:
 - ♦ Dejó de lado todo lo que es relativo a las emociones.

OBJETO DE LA PSICOPATOLOGÍA

- Psique-Pathos-Logos.
- Mente-Sufrimiento-Saber (estudio).
- Investigación de las *experiencias* inusuales o anómalas, los *comportamientos* disfuncionales y la *actividad mental* anómala.
- No toda anomalía es patológica (mórbida).
- Disciplina básica.
- Marco de referencia: Psicología.
- PUENTE entre la Psicología y la Psicología Clínica.

TEMA 2: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

En Psicopatología las cuestiones más importantes objeto de investigación se refieren a la etiología, diagnóstico de los trastornos mentales y prevención. El método experimental, sería el más adecuado para explicar la conducta anormal, puesto que es más eficaz para determinar las relaciones causa-efecto. A la hora de describir y clasificar la conducta normal, los métodos clínicos y de observación han sido las estrategias más productivas; estas orientaciones no suelen ser eficaces para establecer relaciones causales, aunque poseen una pronunciada capacidad para sugerir hipótesis.

La explicación causal, a veces, ha estado rodeada de imprecisiones, sesgos metodológicos e ilusiones de control, por lo que no parece adecuado utilizar exclusivamente explicaciones causales para el conocimiento de la Psicopatología humana.

En la Psicopatología, afortunadamente, se observa cada vez una mayor integración de las orientaciones experimental y correlacional. La investigación ha estado siempre plagada de múltiples problemas teóricos y metodológicos, tales como las polémicas herencia-ambiente, idiográfico-nomotético, comprensión explicación, cualitativo-cuantitativo y clínico-actuarial. Los datos científicos que utiliza el investigador pueden estar determinados por los polos metodológicos que poseen mayor importancia en su contexto teórico.

LA INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

Antes de comenzar una investigación el investigador debe afrontar varias cuestiones:

- ¿Cuál es el propósito de la investigación?
- ¿Qué tipo de muestra de sujetos debemos emplear?
- ¿Qué nivel de control de variables podemos o debemos llevar a cabo?

El propósito de cada investigación puede ser diferente. Podría tratarse de la búsqueda de relaciones causales (etiología) entre ciertos fenómenos y determinadas patologías. Otra modalidad podría ser la obtención de descripciones y diferenciación de cuadros clínicos y sus correlatos comportamentales. Existe al menos una 3ª categoría que trataría de describir relaciones psicosociales asociadas a los trastornos psicopatológicos.

El tipo de propósito que guíe al investigador va a determinar los siguientes factores: el tipo de muestra y el control de las variables.

Respecto a la muestra, hay que hacer algunas aclaraciones; normalmente diferenciamos entre sujetos normales, subclínicos (o análogos clínicos) y clínicos:

- Un sujeto clínico: se define como tal porque ha sido diagnosticado y se le ha asignado un cuadro psicopatológico específico. El empleo de sujetos clínicos puede implicar problemas metodológicos.
- Análogo clínico: esta etiqueta se establece en base a puntuaciones elevadas en una variable determinada, obtenidas por personas normales (no diagnosticadas). El criterio de decisión puede variar entre investigadores; a veces se emplea la media, desviaciones típicas... el concepto de análogo clínico es sumamente artificial, pero ha resultado de gran valor en la investigación psicopatológica.

Tanto los objetivos de la investigación como el tipo de sujetos a emplear determinan las posibles manipulaciones y control de las variables; y esto, a su vez, las características metodológicas de la investigación. Integrando estas tres dimensiones básicas, podríamos perfilar tres niveles diferentes:

1. – Nivel de análogo experimental: corresponde a objetivos de búsqueda de explicaciones etiológicas. El control de las variables es máximo, por lo que solo se emplean sujetos seleccionados al azar (no pueden ser clínico o subclínicos). Nivel estrictamente experimental, busca relaciones causales.
2. – Nivel clínico: diseños con fines descriptivos de cuadros clínicos o de relaciones entre variables. Sujetos básicamente clínicos, pero también pueden utilizarse subclínicos. Se incluyen los diseños cuasi-experimentales y diseños de caso único o N=1.
3. – Nivel epidemiológico: métodos centrados en estudios de poblaciones, normalmente buscan establecer descripciones de relaciones psicosociales.

NIVEL DE ANÁLOGO EXPERIMENTAL.

La investigación Psicopatológica se interesa por explicar, predecir y controlar la conducta alterada para lo cual es necesaria la investigación experimental. Esto implica que los sujetos a emplear, sean humanos o animales experimentales, son sujetos normales (es decir, no diagnosticados).

La metodología experimental se vale de análogos experimentales, que consiste en la creación en el laboratorio de un fenómeno o situación experimental equivalente (análogo) a un fenómeno natural de interés, y se supone que los resultados del experimento podrán generalizarse a las manifestaciones (naturales) de dicho fenómeno.

- Análogos a nivel de sujeto: Cuando se utilizan sujetos diferentes a los que se van a generalizar los resultados. Es decir, cuando se utilizan sujetos normales o animales.
- Análogos a nivel de variable independiente: Cuando el experimentador utiliza estímulos que habitualmente no se dan en circunstancias naturales (Ej: descarga eléctrica).

- Análogos a nivel de variable dependiente: Cuando se analizan respuestas análogas a las que ocurren en algún trastorno Psicopatológico (Ej: las respuestas que emite un sujeto en un paradigma de indefensión aprendida se consideran análogas a ciertas respuestas de un paciente deprimido).

La investigación con análogos experimentales ha sido criticada en ocasiones, argumentándose que su validez externa es limitada. Esto suele solucionarse si el análogo experimental ha sido bien construido (selección adecuada de las variables) y si las generalizaciones se establecen con la debida cautela.

Los tipos de diseños que se utilizan en el nivel de análogo experimental son básicamente diseños de grupo que permiten examinar las diferencias entre los sujetos en una variable relevante.

Aunque existe una gran variedad de diseños experimentales de grupo, lo más común ha sido separarlos en base al número de variables (unifactoriales vs. factoriales). Diseños unifactoriales:

- Diseño pretest–posttest con grupo de control
- Sólo post–test
- Diseño Solomon
- Diseño de atención con grupo control
- Diseño placebo con grupo control

Los diseños factoriales permiten investigar varios factores conjuntamente así como el efecto de interacción entre ellos. Pueden ser de medidas independientes o de medidas repetidas. A veces se emplean diseños mixtos.

Uno de los problemas que presenta la investigación en psicopatología se refiere al control de las expectativas del experimentador. Para eliminar esta influencia se utiliza la valoración a ciegas de los resultados los sujetos no saben si su condición es la experimental o la placebo y el clínico tampoco conoce que condición suministra a cada sujeto. Eso se ha llamado Doble Ciego y se usa, frecuentemente, en los ensayos clínicos en los que se quiere someter a prueba la eficacia de un nuevo fármaco o de una forma particular de intervención.

NIVEL CLÍNICO

La característica principal consiste en que los datos proceden, por lo general, de sujetos clínicos. Los datos basados en muestras clínicas poseen la ventaja de que son obtenidos a partir de problemas psicopatológicos reales.

Un problema importante de los datos clínicos es que se basan en muestras sesgadas en múltiples aspectos. Otro problema es que normalmente el investigador se encuentra con el trastorno ya constituido, es decir, con el producto final, siendo entonces muy difícil establecer cualquier intento por investigar los procesos causales que han determinado la aparición y desarrollo del trastorno.

Este nivel de investigación es útil para obtener información de tipo descriptivo sobre los trastornos psicopatológicos, para formular hipótesis etiológicas.

La forma habitual de obtención de datos clínicos ha sido a través de las tradicionales historias de casos. Más recientemente, se ha desarrollado la orientación metodológica de los diseños experimentales de caso único. En las dos, la observación suele jugar un papel predominante. Otra modalidad de investigación es la llamada de los métodos cuasi–experimentales, con una metodología similar a la experimental, pero no existen las mismas condiciones de control que en los primeros.

DISEÑOS CORRELACIONALES

El enfoque descriptivo tiene como finalidad la descripción y clasificación de la conducta patológica y utiliza fundamentalmente la orientación metodológica correlacional, ampliamente utilizada en la investigación psicopatológica.

El método correlacional consiste esencialmente en establecer las relaciones de covariación que se producen entre dos o más variables (correlaciones), tal y como se dan espontáneamente en la población.

La principal característica de este procedimiento metodológico es la no manipulación de las variables que se pretenden estudiar. Esta orientación es apropiada cuando el interés de la investigación se centra en variables del organismo (sexo, edad, clase social, características de personalidad...) o cuando por diferentes motivos no es posible manipular la variable independiente. En el ámbito de la psicopatología es útil para: el establecimiento de categorías diagnósticas, formulación de predicciones vinculadas al tratamiento y diagnóstico, estudiar cuestiones diferenciales relacionadas con la etiología, el diagnóstico o el tratamiento, confirmar predicciones sobre el comportamiento de los individuos en base a rasgos de personalidad...

Una de sus principales limitaciones radica en su imposibilidad para edificar hipótesis en modelos causales. Otro problema es el que se ha llamado de la tercera variable; el hecho de que dos factores covaríen no significa que uno sea causa del otro, sino que, alguna variable o proceso no especificado puede ser la causa de la correlación. Para solucionar esto se ha propuesto la técnica de equiparación (creo que es lo mismo que bloqueo ¿?), en la cual los sujetos son equiparados en factores potencialmente relevantes. Este procedimiento también ha sido criticado ya que puede hacer que los grupos sean poco representativos de la población general. Además, el número de factores potencialmente relevantes es con frecuencia tan amplio que resulta imposible seleccionar dos o más grupos iguales en todas las características.

Pese a las dificultades metodológicas, los estudios correlacionales son válidos en cuanto al realismo (no artificialidad) fuerza de las variables y cualidad heurística con frecuencia las hipótesis se nos presentan sin que las busquemos; además, cuando a partir de una hipótesis se predice una correlación, la verificación empírica de esta fortalece la teoría.

En las etapas iniciales, cuando el fenómeno a analizar se encuentra poco definido o implica un alto nivel de complejidad, puede ser de gran utilidad seleccionar las estrategias correlacionales; posteriormente las estrategias experimentales podrán ser factibles para llegar a conclusiones más precisas.

Un procedimiento ampliamente utilizado consiste en *comparar* (entre diseños comparativos) grupos de sujetos seleccionados por poseer un determinado valor en la variable independiente, por ejemplo, diagnosticados en algún trastorno psicopatológico, también puede llevarse a cabo comparando muestras de sujetos normales (no clínicos) sobre la base de alguna variable definitoria de la conducta anormal.

Otra alternativa es analizar las relaciones que ocurren entre dos o más variables dentro de un mismo grupo, ya sea de sujetos clínicos o normales.

El análisis de datos en la investigación psicopatológica correlacional suele basarse en estrategias multivariadas, que se pueden diferenciar en modelos de dependencia y de interdependencia:

- **Modelos de dependencia**: pueden distinguirse dos conjuntos de variables (en base a las variables predictoras se intenta predecir o explicar una o varias medidas del criterio). Análisis de regresión múltiple, análisis discriminante, análisis de varianza multivariado, análisis de vías y análisis de correlación canónica.
- **Modelos de interdependencia**: determinar el grado de relación mutua entre la totalidad de las variables. Análisis factorial y análisis de cluster.

MÉTODOS CUASI-EXPERIMENTALES

En muchas ocasiones se efectúan estudios de laboratorio en los que se utilizan grupos de sujetos clínicos o grupos de sujetos subclínicos (análogos clínicos), en estos casos la asignación de los sujetos no se establece al azar, característica primordial de las investigaciones experimentales diseños cuasi-experimentales o diseños mixtos.

Las características fundamentales de la investigación cuasi-experimental son:

- Carencia de control experimental completo.
- Uso de diferentes procedimientos (básicamente el aumento del número de observaciones) como sustitutivo del control experimental estricto.
- Pueden y deben utilizarse cuando no es posible usar diseños experimentales.

Es frecuente su utilización en escenarios naturales y en campos aplicados de la Psicología. Se han establecido dos tipos diferentes de diseños:

- En primer lugar, los diseños de grupo en los que un grupo de sujetos clínicos o subclínicos es sometido a algún tipo de manipulación de variables.
- En segundo lugar, los diseños en los que se analiza un sujeto individualmente.

En los diseños cuasi-experimentales existe una serie de problemas que no suelen estar presentes en los diseños experimentales propiamente dichos:

- Problema referido al diagnóstico de los sujetos que han de asignarse a los diferentes grupos. Puedes producirse errores por múltiples factores tales como el marco teórico del investigador, la ejecución del diagnóstico, etc.
- Problema relacionado con el tratamiento clínico. Es probable que los pacientes previamente hayan sido tratados de múltiples formas por lo que es muy difícil igualar a los sujetos en base al tratamiento.
- Problema asociado a la cronicidad del trastorno. No se comportan de la misma forma los pacientes crónicos que los agudos, además se trata de un proceso gradual.
- Gravedad del cuadro clínico: no todos los sujetos están igualados en cuanto a la gravedad. Esta gravedad clínica puede manifestarse a través de diferentes dimensiones de la conducta, lo cual puede inducir diferentes efectos sobre los resultados de la investigación.

A pesar de estas limitaciones hay que señalar que el empleo de sujetos con casos clínicos reales es imprescindible en la investigación psicopatológica.

DISEÑOS DE CASO ÚNICO

Los diseños experimentales de caso único o experimentos con $N=1$ fueron impulsados por autores como Schapiro, Chassen y Allport. Schapiro señaló, que este tipo de estudios debería hacerse en condiciones de control experimental, replicación y mediante la aplicación de una metodología de medidas repetidas. Este tipo de diseños tiene sus raíces en el análisis experimental de conducta y, por tanto, en el condicionamiento operante y los modelos de modificación de conducta.

Estos diseños se han desarrollado fundamentalmente en el marco de la Psicología clínica. Características:

- La medición de la conducta no es puntual, sino que se efectúa de forma continuada en el tiempo.
- Se realiza un registro inicial de la conducta, llamado línea base.
- Generalmente la VI suele ser una intervención o tratamiento.
- La variabilidad intraindividual de la conducta del sujeto es

controlada por el número de medidas, por lo que los diseños

tienen un carácter dinámico e interactivo.

- Los datos poseen un orden y una secuencia temporal.

La validez interna de este tipo de diseños es elevada, pero el gran inconveniente sería el bajo nivel de generalización (validez externa). Son de interés en Psicopatología porque pueden emplearse con sujetos normales, subclínicos o clínicos. Se han señalado cuatro características que deben cumplir estos diseños para poder efectuar inferencias válidas:

- Las VD deben medirse de forma repetida a través de varias fases del experimento. La línea base se obtiene sin manipulación experimental para tener una medida de referencia. A continuación, se van efectuando las distintas fases de la intervención con el correspondiente registro de los datos. Finalmente, en la fase de interpretación de resultados se evalúa el cambio en la conducta en base a los criterios estadístico, clínico y social.
- Evaluación de la variabilidad temporal del paciente. El nivel y la tendencia de las conductas objetivo indican el alcance de las inferencias que pueden perfilarse acerca del curso futuro de la conducta.
- Especificación cuidadosa de las VD y VD, situación, terapeuta y características del paciente que concurren durante el experimento.
- Replicación de los efectos. Normalmente se precisan entre 2 y 4 replicaciones para poder probar la hipótesis de que la VI es responsable del cambio en la VD. Además, es importante para la generalización de los resultados.

Tipos de diseños: normalmente intraseries diseños de series temporales (A-B), diseños de series temporales con doble línea base (A-B-A) y en los diseños operantes o de intervención múltiple. También interseries que permiten comparar dos o más intervenciones a través del tiempo: diseños de tratamientos alternativos y diseños de tratamientos simultáneos. Combinando intraseries e interseries, el más conocido es el diseño de línea base múltiple.

ESTUDIO DE CASOS

El estudio de casos y los diseños experimentales de caso único tienen en común que se basan en un solo sujeto y que suelen darse en un contexto clínico. Ambos aportan un importante conocimiento básico descriptivo que es imposible de obtener a partir de los diseños con amplio número de sujetos.

El estudio de casos se caracteriza por implicar un estudio intensivo del sujeto y por basarse en la historia clínica del mismo. Al no tener ningún tipo de control, no permite establecer relaciones causales ni generalizaciones. Tres tipos de investigación de estudio de casos:

- Estudio de caso no terapéutico: meramente descriptivo, basado en biografías.
- Estudio de caso diagnóstico / evaluación: Estudio descriptivo que contaría con instrumentos psicométricos para llevar a cabo el diagnóstico y la descripción de la conducta.
- Estudio de caso de intervención o terapéutico: El investigador describe el curso natural de un trastorno o una intervención para tratar el problema.

Ventajas:

- Se investiga con personas reales, con problemas reales.
- Las historias de casos clínicos pueden documentar fenómenos psicopatológicos infrecuentes.
- Es la principal fuente de hipótesis acerca de la conducta anormal.
- Puede servir para aportar evidencia desconfirmatoria sobre una hipótesis previamente aceptada en la comunidad científica.

Limitaciones:

- La información puede estar fácilmente distorsionada por el clínico o por el paciente.
- Normalmente la fiabilidad de las historias de casos clínicos es baja y además no son repetibles.
- El nivel de generalización es igualmente bajo.
- Aporta muy poca evidencia para confirmar modelos de causalidad.

NIVEL EPIDEMIOLÓGICO

La investigación epidemiológica constituye el principal campo de aplicación de la estadística correlacional en psicopatología. Desde un principio, se trata de la disciplina que versa sobre el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en diversas poblaciones. Posteriormente, incluye también la investigación de los factores implicados en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad. Una investigación de este tipo implica:

- Delimitar la enfermedad objeto de estudio.
- Definir la población que vamos a estudiar.
- Determinar los factores que podrían subyacer supuestamente a la elicitación del trastorno.
- Establecer el periodo de tiempo transcurrido entre la exposición a la causa y la observación del efecto.

Se suelen utilizar diseños de investigación de doble fase:

- En la primera etapa se utiliza un procedimiento de selección (screening) para identificar la probabilidad que tiene los sujetos de ser casos y diferenciarlos de los no casos.
- Durante la segunda fase se pretende establecer un criterio definitivo de morbilidad. Se trata de establecer un diagnóstico y una catalogación más precisa de la entidad nosológica basada en la evaluación clínica de un equipo de expertos o en otro tipo de pruebas complementarias.

Los estudios epidemiológicos se centran en:

Establecer las dimensiones de mortalidad y morbilidad como una función de la persona, el lugar y el tiempo.

Estudiar la distribución y magnitud de los problemas de salud mediante la estimación de las tasas de incidencia y prevalencia.

Identificar los factores y grupos de riesgo.

Identificar las causas de los trastornos.

Identificar y definir síndromes.

Describir la historia natural de la enfermedad: inicio, duración, recurrencia y complicaciones.

Clasificar los factores que influyen o incluso que predicen el curso clínico del trastorno.

Proporcionar información útil sobre los métodos más apropiados para su prevención y control.

LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Tres niveles de análisis distintos:

Nivel descriptivo: epidemiología descriptiva. Pretende examinar la distribución de los trastornos dentro de la

comunidad: quién, dónde y cuándo. Con respecto a las personas identifica factores como la edad, sexo, clase social, heredabilidad, raza... en relación con el tiempo: época del año, transcurso temporal del trastorno... variables del lugar: zona geográfica, lugar de residencia, clima.

El elemento básico de medida es la tasa: proporción de casos durante un tiempo específico en una población definida.

- *Tasa de incidencia*: número de casos nuevos de enfermedad que ocurren en una población definida durante un periodo determinado, normalmente un año.
- *Tasa de prevaencia*: número del total de casos existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo completo. Prevalencia puntual (momento del estudio), prevalencia de periodo (un año o seis meses), prevalencia vital (en algún momento de la vida).

Epidemiología analítica: identifica causas asociadas a las tasas que nos aporta la epidemiología descriptiva; denominadas factores de riesgo. Se han identificado tres tipos de factores de riesgo:

- *Concomitantes sociales* o demográficos: elementos que coexisten con algún tipo de trastorno. Clase social, aislamiento social...
- *Factores predisponentes*: ligados al concepto de vulnerabilidad: complicaciones del embarazo, problemas en el nacimiento... al menos tres modalidades: factores genéticos, factores prenatales y perinatales y factores psicosociales.
- *Precipitantes* : aquellos que ocurren momentos antes de desencadenarse el trastorno. Un criterio básico es que se produzca una asociación significativa entre el inicio del trastorno y la presencia de un cambio ambiental altamente definido. Situaciones traumáticas de estrés y sucesos vitales estresantes.

El conocimiento de los factores de riesgo permite establecer nuevos índices:

- *Expectativa de riesgo*: posibilidad de un individuo de presentar un trastorno determinado siempre que esté expuesto al mismo durante el periodo de riesgo.
- *Índice de morbilidad* de las poblaciones: capacidad de presentar una determinada alteración o trastorno.

Epidemiología experimental: implica la manipulación de la muestra de sujetos asignando al azar grupos de tratamiento. Normalmente utiliza el experimento natural donde muestras de sujetos expuestas a un agente ambiental determinado se comparan con sujetos no expuestos a dicho agente. Tres tipos generales de diseños:

- *Ensayos clínicos aleatorizados*

- La asignación de los sujetos es controlada y aleatorizada.
- Evalúan la eficacia de un nuevo tratamiento o una intervención preventiva.
- El resultado suele ser la curación del paciente o la prevención de la enfermedad.
- Se realiza en medio hospitalario (tratamiento) o ambulatorio (intervención preventiva)
- Se efectúan en pacientes (tratamiento) o en personas sanas (intervención preventiva).
- Son estudios de pequeño tamaño y de corta duración.

- *Ensayos comunitarios aleatorizados.*

- La asignación de los sujetos es controlada y aleatorizada.
- Evalúan la efectividad de los programas sanitarios de intervención.
- El resultado lo constituyen los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad en la población por la enfermedad o problema de salud objeto de la intervención.
- En general se llevan a cabo en la comunidad.

- Se realiza en personas sanas o que presentan uno o más factores de riesgo.
- Son estudios de gran tamaño y larga duración.
- *Ensayos comunitarios no aleatorizados*
 - La asignación de los sujetos es controlada, pero no aleatorizada.
 - Evalúan la efectividad de los programas sanitarios de intervención.
 - El resultado lo constituyen los efectos sobre la prevalencia de los factores de riesgo y sobre la morbilidad y la mortalidad en la población por las enfermedades relacionadas con los factores de riesgo en cuestión.
 - Se llevan a cabo en la comunidad.
 - Se realiza en personas sanas pero que presentan uno o más factores de riesgo.
 - Son estudios de gran tamaño y larga duración.

MÉTODOS BÁSICOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Mientras que la epidemiología descriptiva suele utilizar métodos transversales y retrospectivos, la epidemiología analítica y experimental se vale en mayor grado de la metodología longitudinal.

• DISEÑOS DE MUESTREO DE CASO – CONTROL

En estos diseños el grupo de casos, constituido por sujetos que comparten algún tipo de diagnóstico psicopatológico, se compara con un grupo control respecto a alguna variable de interés. En el proceso de selección de los casos":

En primer lugar deberá utilizarse la totalidad de la población de casos, o en su defecto una muestra representativa. Segundo, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del estudio debe ser el más breve posible. Un tercer factor de selección es que deberá primar un criterio multicéntrico. Finalmente, si los pacientes deben cumplimentar cuestionarios se debe excluir a los pacientes más graves.

Uno de los principales problemas es que los grupos pueden diferir en muchas características además de las psicopatológicas. Además, los problemas asociados a las muestras clínicas, dificultad para controlar variables extrañas.

Ventajas: relativamente rápidos en su diseño y ejecución, relativamente baratos, requieren pocos sujetos, carencia de riesgos para los sujetos y permiten estudiar al mismo tiempo múltiples causas potenciales de enfermedad.

Cuatro tipos de diseños:

Evaluación transversal: para identificar características clínicas o antecedentes.

Evaluación retrospectiva: para identificar antecedentes; se basa en datos objetivos (registros, colegio, familia...).

Seguimiento retrospectivo : para describir y predecir el curso del trastorno. Los sujetos han sido identificados con anterioridad al comienzo de la investigación, posteriormente son localizados y evaluados.

Seguimiento prospectivo : para investigar el curso y evolución del trastorno. Los sujetos se establecen y evalúan al principio de la investigación, siendo posteriormente estudiados en periodos de tiempo relativamente fijados.

• **DISEÑOS DE COHORTE**

Se componen de un grupo de cohorte definido en base a alguna característica común diferente al diagnóstico, más un grupo control. Normalmente, la cohorte se selecciona en relación a su exposición o no a algún factor de riesgo. Son seguidos en el tiempo para comparar la incidencia en ellos de ciertas conductas psicopatológicas. Estos diseños se han empleado para inferir relaciones causales del trastorno.

- *Diseño de cohorte prospectivo* : Se sigue longitudinalmente en el tiempo hacia el futuro, para estudiar el efecto de los factores de riesgo.
- *Diseño de cohorte retrospectivo* : Se seleccionan las cohortes y se estudia retrospectivamente el estatus psicopatológico ocurrido en el pasado y en el momento presente.

Dificultades:

- Mayor consumo de tiempo.
- Posible influencia de los exámenes periódicos.
- Difícil reproducción.

Ventajas:

- Permiten obtener estimaciones directas de la incidencia de la enfermedad.
- Mejor valoración del estado de exposición.
- Facilita el análisis de la exposición a factores protectores y de riesgo.

• **DISEÑOS CONSANGUÍNEOS**

Los diseños consanguíneos o genéticos además del grupo de casos y el control, incluyen una cohorte de familiares de los casos. Se han utilizado para investigar la transmisión genética de algunos trastornos. Además, ofrecen información sobre el efecto que ejerce el ambiente sobre los trastornos mentales. Se pueden emplear estrategias longitudinales, transversales y retrospectivas (generalmente combinaciones de ambas). Tres tipos principales:

- *Estudios familiares* : parten de la identificación de los casos y de los controles; posteriormente, se asigna la cohorte de los casos y la de los controles. Lo más común es diagnosticar a los familiares para estudiar modos de transmisión genética. También se han enfocado desde un punto de vista ambientalista.
- *Estudios de gemelos* : tanto gemelo monocigóticos como dicigóticos. Utiliza un grupo de casos diagnosticados (que son gemelos), a continuación se establecen los co-gemelos y los controles. Los porcentajes de concordancia se entienden como indicadores de heredabilidad. Hay diferentes tipos de diseños: desde los clásicos diseños con gemelos, en los que los pares de gemelos monocigóticos se comparan con gemelos dicigóticos, hasta los diseños que emplean gemelos criados parcial o totalmente a parte, también los denominados cronogenéticos estudios longitudinales en los que se muestrea la conducta en periodos seleccionados durante el desarrollo del individuo en orden a identificar posibles influencias genéticas y ambientales asociadas a los cambios de conducta del individuo.
- *Estudios de adopción* : el muestreo de los casos se efectúa en base a que los padres biológicos de éstos posean algún trastorno específico. Los casos además han de ser sujetos adoptivos. En este tipo de estudios es más fácil separar las influencias genéticas y las ambientales.

PROBLEMAS METODOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

- Dificultades para identificar la aparición de un caso.

- Problemática asociada al papel que juega la teoría en la investigación.
- Dificultades para identificar las variables independientes.

Otros problemas más específicos serían los relacionados con:

- Las fuentes de datos: problema relacionado con la fiabilidad y validez de los datos demográficos.
- Los índices estadísticos: variaciones de la población, interacción entre variables de la población y diagnóstico y la existencia de casos clínicos no detectados.
- Interpretación de los resultados: tendencia a interpretar los datos en términos de causalidad.

PROBLEMAS COMUNES A LA INVESTIGACIÓN

PSICOPATOLÓGICA

• FUENTES DE ERROR.

Una de las principales fuentes de error se relaciona con la selección de los sujetos que van a formar parte de la investigación; la asignación no se efectúa al azar. Particularmente esto ocurre cuando se emplean sujetos clínicos que además, implica problemas como la medicación, el tratamiento psicológico, la hospitalización, la gravedad clínica, la duración del trastorno...

Cuando se emplea la metodología experimental pueden producirse errores por *sesgos del experimentador* y / o por *sesgos del sujeto*. Las propias características y las expectativas del experimentador pueden influir en los resultados de la investigación. Los sujetos tienden a averiguar lo que se les pide en el experimento y tienden a efectuar sus respuestas conforma a tales expectativas, tal fenómeno ha sido referido como sesgo en los sujetos producido por las *características de la demanda*. Para hacer frente a estos problemas, se utiliza la técnica del doble ciego, donde ni el experimentador ni los sujetos conocen las hipótesis de la investigación.

Además hay que poner atención a una serie de errores tácticos como:

- La tendencia a dar una respuesta desviada especificada. Producido porque a los sujetos se le proporcionan muy pocas alternativas de elección en sus posibilidades de respuesta..
- Producción de hechos infrecuentes: cuando se investigan tendencias a emitir respuestas desviadas previamente especificadas, no suelen controlarse las fluctuaciones temporales de ocurrencia de tales hechos, lo cual puede hacer que no se detecten tales conductas.

• PROBLEMA DE LA GENERALIZACIÓN DE LOS

RESULTADOS.

Puesto que la psicopatología experimental trabaja con análogos de laboratorio, el problema plantea, si es posible la generalización de la manipulación experimental al fenómeno clínico natural.

La generalización puede favorecerse efectuando replicaciones del experimento, y seleccionando adecuadamente los sujetos, las variables dependientes y las independientes. Por su parte, la validez ecológica indica el grado de paralelismo entre la situación de laboratorio y la vida real, por lo que es importante buscar el máximo realismo experimental.

El problema de la generalización de los resultados en gran medida viene determinado por la forma en q se efectúe el control experimental.

TEMA 3: EXPLORACIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

TÉRMINOS BÁSICOS

- **SIGNO:** todo aquello que el clínico puede observar (el cliente llora, suda, habla rápido, muestra ansiedad,...) OBJETIVO.
- **SÍNTOMA:** Lo que el cliente o paciente nos va a contar, lo que no se puede observar directamente. SUBJETIVO.
- **SÍNDROME:** grupo de síntomas y signos que tiene que correlacionar altamente. (Psicología = covariación de determinadas respuestas).
- **ENFERMEDAD:** conocemos el origen de los síntomas y signos (etiología). Es un proceso que se conoce. (Ej: Alzheimer)
- **TRASTORNO:** síndrome clínicamente significativo (deterioro). Clínicamente significativo quiere decir que tiene un curso similar y afecta al funcionamiento de la persona.
- **CLASIFICACIÓN:** procesamiento para construir grupos (categorías) y asignar entidades a esas categorías.
- **TAXONOMÍA:** estudio del proceso clasificatorio (lógica interna, reglas). Hay muchos tipos de cómo se tiene que clasificar.
- **NOSOLOGÍA:** taxonomía de enfermedades basada en supuestos teóricos.
- **SISTEMA DE CLASIFICACIÓN:** organización jerárquica de entidades según categorías.
 - ♦ Clásica (nomotética, categorías discretas): un único criterio para clasificar.
 - ♦ Prototípica (politética, categorías difusas): se utilizan muchos criterios.
- **DIAGNÓSTICO:** asignación de un caso (sujeto) a una categoría (síndrome). Diagnósticos categoriales que no significa que no se hagan diagnósticos.

Proceso de diagnóstico-clasificación:

Fenómenos individuales

Patrón individual de fenómenos OBSERVACIÓN Patrón supraindividual (categoría diagnóstica)
CLASIFICAC' POR COMPARACIÓN

Reglas generales ACCESO AL CONOCIMIENTO DE REGLAS

INFERENCIA

PREDICCIÓN

CLASIFICACIONES ACTUALES.

- American Psychiatric Association (APA):
 - ♦ *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (DSM):
 - ♦ I: 1952 ; II: 1968
 - ♦ III: 1980, **REVOLUCIÓN!!!** Spitzer, Endicott y otros autores crearon RDC y fueron encargados de realizar esta nueva clasificación basada en la fenomenología y no en el por qué, ya que no existían explicaciones satisfactorias para estas cuestiones. Hacen una clasificación descriptiva de forma que se puede usar desde cualquier modelo y prácticas. El número de criterios que se han de cumplir para poder hacer un diagnóstico está simplemente consensuado por un comité.
- Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - ♦ *Clasificación Internacional de enfermedades* (CIE)
 - ♦ 1948: CIE-6 (Capítulo V, dedicado a trastornos mentales).
 - ♦ 1992: CIE-10 (Cáp. F).

DSM: EVALUACIÓN MULTIAXIAL.(EJES)

I: Trastornos clínicos (16 categorías): se refieren a otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (excepto las del eje II).

II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

III: Enfermedades médicas.

IV: Problemas psicosociales y ambientales.

V : Evaluación de la Actividad Global (EAG).

UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES.

- Permite ordenar fenómenos.
- Proporciona información descriptiva.
- Base para hacer predicciones.
- Útiles para la investigación (permiten obtener y acumular información).
- Permite manejar una mayor cantidad de datos.

CRÍTICAS A LAS CLASIFICACIONES.

- ¿Existen los trastornos mentales? Críticas bidimensionales. (Cualitativo–cuantitativo).
- Influencia cultural–occidental.
- Rotulado: estigma social.
- Definiciones de consenso, no siempre apoyadas en la investigación: grupos de presión.
- Categorías no excluyentes ni exhaustivas (ni es todo lo que está, ni está todo lo que es).
- Prototipos mal definidos.
- ¿Validez y fiabilidad? (Gran mejora de la bondad psicométrica pero aún hay problemas de la especificidad en las categorías,...)

PARTE II: ESTUDIO DE LOS PROCESOS Y LAS DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS.

TEMA 4 : PSICOPATOLOGÍAS DE LA ATENCIÓN

Son muy importantes a nivel etiológico aunque son los trastornos menos llamativos debido a que no tienen grandes manifestaciones fenomenológicas.

CLASIFICACIÓN TRADICIONAL.

- Atención como:
 - ◆ Conciencia.
 - ◆ Concentración (Atención como el foco de la luz (conciencia)).
 - ◆ Orientación.
- Alteraciones cuantitativas:
 - ◆ Elevación del umbral de la atención.
 - ◆ Indiferencia (emocionabilidad): apatía emocional, no hay estímulos que llamen la atención a la persona.
 - ◆ Inestabilidad: distraibilidad o hiperprosexia; cambia muy rápidamente de estímulos. (prosexia

= atención).

- ♦ Fatigabilidad: problemas en mantener la atención.

- Alteraciones cuantitativas:

- ♦ Perplejidad (incapacidad para sintetizar): puede que la persona atienda a varias cosas a la vez pero no sea capaz de integrar la información, de sintetizarla.

- Falta de atención y trastorno de la concentración.
- Aproxia (ausencia) Vs Hiperproxia (exceso).
- Estrechamiento: focalizar toda la atención en un estímulo y costar mucho cambiar a otro (máxima y exclusiva).
- Oscilación: cambiar continuamente de estímulo.

De más ligera a más grave:

1.- Desorientación temporal.

2.- Desorientación espacial.

3.- Desorientación personal.

DESORIENTACIÓN TEMPORAL

La persona no puede orientarse en el tiempo. Puede ser muy ligero o más grave. (Ej: no saber si es de día o de noche, en qué año estamos, día de la semana, la estación,...). Puede implicar daños cerebrales.

DESORIENTACIÓN ESPACIAL

La persona no sabe dónde está, en qué lugar se encuentra. Grados de gravedad.

DESORIENTACIÓN PERSONAL

No poderse orientar respecto a los demás. (Ej: no saber distinguir a las personas: médico-enfermera; hijos, marido, incluso puede llegar a no reconocerse a sí mismo).

CLASIFICACIÓN COGNITIVA.

Según funciones, anomalías en:

CONCENTRACIÓN:

Ausencia mental, lagunas temporales y autofocalización.

- AUSENCIA MENTAL: Estar tan concentrado en los pensamientos internos que no se da cuenta de los otros estímulos que le rodean.
 - ♦ Anómala, pero no patológica.
 - ♦ Gran concentración sobre algún estímulo concreto.
 - ♦ No atiende al resto de estímulos, excepto los muy habituales.
 - ♦ Fenómeno de umbral: nivel de atención bajo para estímulos distractores (todos menos los relacionados con sus pensamientos).
 - ♦ Ante cambio súbito de estímulo (intensidad, novedad) desaparece.

- **LAGUNA TEMPORAL:** Por ejemplo, ir en coche, llegar al destino y no saber ni cómo has llegado, ni en qué has pensado, ni qué has escuchado en la radio,...
 - ◆ Anómala, pero no patológica.
 - ◆ Laguna en el recuerdo del tiempo, pero se es consciente de que estaba haciendo algo.
 - ◆ Se describe como espacio en blanco (laguna) en la consciencia del tiempo.
 - ◆ Producido por ausencia de acontecimientos, falta de nuevos estímulos que reclamen nuestra atención (marcadores del tiempo).
 - ◆ Se elimina cuando la situación cambia y demanda recursos atencionales.
- **DEFICITS ATENCIONALES EN LA DEPRESIÓN:**
 - ◆ Quejas sobre falta de concentración y distraibilidad.
 - ◆ Auto-focalización de la atención : Teoría de la auto-conciencia, que postula que es la disposición a focalizarnos sobre nosotros mismos. En general, nunca llegamos al criterio de cómo sería nuestro comportamiento correcto. (Ej: si nos dicen que nos están observando por medio de una cámara o un cristal durante una clase, nuestro comportamiento no será el mismo. Las personas tenderán a autofocalizarse y a intentar tener un comportamiento correcto).
 - ◆ La depresión empieza por la pérdida de un objeto.

– Afecto negativo AUTO-FOCALIZACIÓN

– Auto-responsabilidad fracasos

– Baja autoestima

– Auto-imagen negativa AUTO-EVALUACIÓN

La auto-focalización puede ser el mantenedor de la depresión o agravante de los síntomas.

SELECCIÓN:

Afinar en o sintonizar, sesgos atencionales hacia información amenazante.

- **AFINAR EN:**
 - ◆ Incapacidad para seguir una fuente de información cuando hay otras muchas que compiten por atraer la atención–
 - ◆ Los esquizofrénicos tienen dificultad para afinar en (deterioro general).
 - ◆ Situaciones de mucha estimulación (Ej: en un a discoteca, intentas seguir a tu amigo pero hay mucha gente, obstáculos, empujones,...y al final lo pierdes).
- **PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD:** (deterioro ante ciertos estímulos).

Miedo patológico

Atención selectiva hacia las amenazas

Sesgos interpretativos catastrofistas

ACTIVACIÓN:

- **ALTERACIONES COMO RESPUESTA AL ESTRÉS:**
 - ◆ Relación U invertida atención / activación.

- ◆ Las señales peligrosas provocan cambios corporales y en los procesos cognitivos.
- ◆ El foco de la atención se *extrema* y se *restringe*.
- ◆ Las características de la amenaza demandan toda nuestra atención y, por tanto, abandonamos las demás señales.

VIGILANCIA:

- Dedicación atencional definida por la tarea: duración larga + identificación señales infrecuentes.
- TAREAS EXPERIMENTALES CPT (Test de Ejecución Continua):
 - ◆ Fracaso (errores de omisión + comisión).
 - ◆ Se trata de un experimento por ordenador en el que el sujeto tiene que dar una respuesta ante determinado tipo de estímulo. Por ejemplo, cada vez que salga en la pantalla cierta letra debe apretar una tecla.

Déficits presentes en :

- ◆ Esquizofrenia: 50% pacientes; más marcado si hay historia familiar, presente en remisión; se reduce con medicación antipsicótica (tienen la atención deteriorada en muy poco tiempo transcurrido).
- ◆ Ansiedad Generalizada: La ansiedad es una emoción adaptativa que todos sentimos alguna vez y es necesaria para la supervivencia ante situaciones de peligro. Sin embargo, muchas personas detectan más peligros de los que realmente hay y esto pasa a ser algo problemático. Se relaciona con los procesos atencionales justo por la atención desmesurada que prestan a ciertos estímulos inocuos.
 - ◇ Déficits presentes en la ansiedad:
 - ◇ Hipervigilancia general + escudriñamiento ambiental.
 - ◇ Hipervigilancia específica: atención selectiva amenaza.
 - ◇ Ensanchamiento atencional anterior a la detección del estímulo.
 - ◇ Estrechamiento atencional al procesar el estímulo.

ANTICIPACIÓN, EXPECTATIVAS Y DISPOSICIÓN PARA

RESPONDER:

Se pudo experimentar en los años 50.

PUNTO FIJACIÓN ESTÍMULO RESPUESTA

+ E R

Intervalo Preparatorio Regular: si siempre es el mismo tiempo estaríamos cada vez más preparados y nos anticiparíamos.

Intervalo Preparatorio Irregular: si el tiempo es aleatorio, nuestra ejecución no mejorará.

En el caso de la Esquizofrenia (Shakw, 1962): Experimentos sobre tiempos de reacción; Los esquizofrénicos no aprovechan el tiempo entre el punto de fijación y el estímulo.

Los esquizofrénicos mantienen una disposición fragmentada (set segmental) para responder. (Set = disposición a).

- El ajuste preparatorio se dirige a aspectos parciales del estímulo.
- Incremento de la inconsistencia intra-R y entre-R.
- El tiempo de reacción no mejora con intervalos preparatorios regulares.

El esquizofrénico tenía un déficit general: fracaso en mantener un estado de predisposición estable para responder rápidamente. (Disposición fragmentada).

TEMA 5 : PSICOPATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN

La percepción no es lo mismo que la sensación, no percibimos siempre la realidad exactamente como es.

La percepción es un proceso constructivo de la realidad.

La percepción es una aprehensión de la realidad a través de los sentidos (...) un proceso sensocognitivo en el que las cosas se hacen manifiestas como tales en un acto de experiencia. Tal experiencia NO es un reflejo pasivo de la acción estimular (...) percibir entraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones (Pinillos, 1975)

CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOPATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN.

◊ PERCEPCIÓN: DISTORSIONES PERCEPTIVAS

Existe un estímulo accesible a los sentidos pero se percibe de forma alterada. Percepción diferente a la más probable, teniendo en cuenta: experiencias, contexto, percepción de otros, características físicas del estímulo,...

Existe un estímulo exterior y accesible a los sentidos.

◊ IMAGINACIÓN: ENGAÑOS PERCEPTIVOS

Experiencia perceptiva nueva y diferente que no se basa en (o no se corresponde totalmente con) los estímulos externos y accesibles a los sentidos.

A) DISTORSIONES PERCEPTIVAS

· De la intensidad:

- Hiper/ Hipoestesias (anestesias: no sentir sensaciones, en general).
- Hiper/ Hipoalgesias (analgesias: no tener sensación de dolor, específicamente).

· De la cualidad:

Por ejemplo, un día de primavera, los pájaros cantan, las nubes se levantan, has aprobado el examen de conducir, se te ha declarado tu chico, te ha tocado la lotería.... lo ves todo mucho más bonito, el verde más verde... las personas deprimidas, la contrario se quejan de que todo lo perciben como apagado.

- Del tamaño: puede estar producido por determinadas sustancias como el alcohol, las anfetaminas, LSD...

- Dismegalopsias: micropsias/macropsias (o megalopsias).

· De la forma:

- Dismorfopsias: La gente que las experimenta puede ver la nariz de otra persona como si fuera una morcilla o una salchicha,...
- Cuando se refieren al propio cuerpo, reciben el nombre de *autometamorfopsias*. Esto suele pasar en los trastornos de alimentación (se ven más gordas o con diferente textura más celulitis).
- A veces se dan juntas las alteraciones de la forma y el tamaño, entonces se llaman *metamorfopsias* y normalmente se dan bajo los efectos de determinadas sustancias.

· De la integración:

- Aglutinación: Cuando es patológica recibe el nombre de *sinestesia*. Se refiere a percepciones que deberían aparecer separadas, pero se perciben relacionadas. Esto pasa a veces con sustancias psicodélicas ver la música en colores. Normalmente, las percepciones proceden de dos sentidos diferentes. Otro Ej.: nosotros vemos a la profe e integramos o relacionamos su voz y su movimiento, lo patológico sería si percibimos la voz de la profe, pero la relacionáramos con una persona distinta.
- Escisión: *morfólisis y metacromías*. Esto a veces nos pasa cuando estamos cansados, tenemos la gripe... se rompe una percepción que debería estar integrada. Color metacromías, Forma morfólisis. Los cuadros impresionistas serían un ejemplo de una metacromía de la realidad. Todas estas cosas normalmente son debidas a sustancias o trastornos orgánicos.

· Ilusiones:

Un ejemplo sería cuando estás esperando a un amigo en algún sitio y te parece verlo, pero en realidad no es. O cuando estás solo en casa después de ver una película de miedo y empiezas a ver cosas raras, pero luego resulta que es un perchero o algo similar. En las ilusiones, se precisa que un estímulo esté presente (el perchero), y ese estímulo en principio no es demasiado claro (ambigüedad estimular) y además, yo estoy esperando que un determinado estímulo esté presente (disposición personal, expectativa). Si además, hay una intensificación emocional (identificación emocional alerta atencional), identificamos mucho más rápido determinados estímulos. Hay más posibilidades de que se dé la ilusión cuantos más factores confluyan. Hay ilusiones propiamente dichas y hay dos tipos que reciben el nombre especial de: *pareidolias* y *sensación de presencia*

- Pareidolias: es lo típico que ves un barquito en una nube, las cacofonías.... es un tipo especial de ilusión porque por definición el estímulo no está estructurado. Es como las láminas del Rorschach. Nosotros ponemos una estructuración consciente sobre ese estímulo, es un proceso activo de construcción (no hay una forma correcta de ver el estímulo). No son debidas necesariamente a intensidad emocional. Además, cuando alguien nos dice q ve una cosa distinta a lo que ya veíamos nos cuesta mucho ver lo que nos están diciendo porque tenemos que desestructurar lo que ya teníamos para volver a hacerlo de otra forma.
- Sensación de presencia: cuando estás solo en casa, no hay especial estimulación, pero la persona tiene la sensación de que no está sola. La persona no está convencida, solo tiene la sensación como si

hubiera alguien. Normalmente, la persona hace conductas de comprobación y ruido. El problema es que lo que está identificando mal es la ausencia o monotonía estimular; además, la estimulación suele ser poco nítida (Ej: oscuridad, silencio...). La ausencia de estímulos permite el juego libre de interpretaciones, al cambiar el nivel estimular acaba esta ilusión, por eso, la gente se pone a cantar o a hacer cosas. Son muy frecuentes cuando hay una escasa estimulación ambiental, o ésta es muy monótona, ya que necesitamos continuamente la estimulación ambiental y además, que se den cambios en ésta. Frecuentes en personas sugestionables, en situaciones de cansancio, tensión emocional, poca / monótona estimulación ambiental, alerta excesiva...

- Las ilusiones siempre son el resultado de la combinación de factores externos (estímulos) e internos (recuerdos, estado emocional...).
- Son reconstrucciones de estímulos presentes y al alcance de los sentidos.
- Valor diagnóstico escaso pero son indicadoras de un estado emocional agudo (no necesariamente anormal). Normalmente guardan relación con los miedos o los temas importantes para la persona.
- La percepción no es una representación isomórfica del estímulo. Influyen las características del individuo, del estímulo, procesos implicados... una vez se da la percepción, se le da una interpretación a esa percepción. Pero la percepción puede estar distorsionada ilusión; de la que luego haré una interpretación. Entre el estímulo y la percepción también hay procesos interpretativos, pero son a nivel inconsciente.

◊ **ENGAÑOS PERCEPTIVOS**

- Experiencia perceptiva nueva y diferente que no se basa (o no se corresponde totalmente) con los estímulos externos y accesibles a los sentidos en el momento de la experiencia.
- Involuntarias e intrusivas (casi siempre). En el caso de la alucinación son involuntarias, no se controlan, de la misma forma que no se controlan las percepciones. Pero hay ciertos engaños que la persona puede provocarlos, como por ejemplo, cuando una persona se toma una sustancia alucinógena propicia la aparición de alucinaciones, pero no llega a controlar totalmente el momento y la forma de la alucinación.

CLASIFICACIÓN

Hay dos tipos de engaños perceptivos:

- 1.- Pseudopercepción: imágenes anómalas.
- 2.- Alucinaciones: imágenes patológicas.

Tienen muchas características de la percepción pero también tienen muchas

características de la imaginación. Hay diferencias individuales en la capacidad para imaginar. Normalmente las imaginaciones no tienen la nitidez de las percepciones. La imaginación la genera la persona desde el interior y la percepción es la respuesta a un estímulo externo.

En las pseudopercepciones, normalmente, no existen todas las características de las alucinaciones, se llaman anómalas porque en sí mismas no tienen una características de morbidez ni valor diagnóstico. Muchos de nosotros las habremos experimentado.

· Sueño – vigilia: imágenes hipnagógicas (entre el estar despierto y dormirse) e hipnopómpicas (entre dormido y despierto).

- Hipnopómpicas: cuando escuchas el despertador antes de que suene; hay gente que puede llegar a verse haciendo cosas antes de despertarse.
- Hipnagógicas: cuando te parece que te estás cayendo de la cama...¿? Se han llamado alucinaciones fisiológicas. La persona puede llegar a pensar que esto ha pasado en realidad. Estas pseudopercepciones no suelen ser demasiado complejas.

· Memoria: parásitas, mnémicas, eidéticas:

- Mnémicas: cuando se ha estado expuesto a una experiencia muy desagradable, los recuerdos pueden aparecer de una forma muy intrusiva, hasta el punto en que la persona puede llegar a verlo... son los flashbacks típicos del trastorno de estrés post-traumático, o del síndrome de estrés agudo. Algunas mujeres que han sido víctimas de una violación, vuelven a escuchar los jadeos del violador, las sensaciones que tuvo durante el asalto... la persona puede evocarlos de forma tan vívida y tan real como cuando tuvo la experiencia real.
- Eidéticas: son muy parecidas a las anteriores. Es como cuando en un examen puedes llegar a ver la página exacta de los apuntes donde está la pregunta en cuestión, pero justo te falta o está menos nítido el trozo que necesitas...hay personas que tienen mayor capacidad para generar ese tipo de imágenes.
- Parásita: esto es lo típico de verano que por todas partes están bombardeando con la canción del verano y luego, cuando dejas de oírla, no te la puedes quitar de la cabeza. Normalmente, esto pasa por una estimulación muy intensa, y cuando esta estimulación desaparece, la persona continúa con el tema una vez ya no existe la estimulación; la persona tiene experiencias pseudoperceptivas con este tipo de estímulos. Los pacientes de TOC lo pasan bastante mal con esto.

· Sensación: consecutivas.

Se las ha llamado también la memoria de los sentidos. En este caso, también ha habido una estimulación muy fuerte, pero esto es justo antes de que la persona tenga el engaño. Se las llama también post-imágenes o imágenes negativas porque suelen ser en negativo. La diferencia con las imágenes parásitas es que, en las parásitas, la persona ha sido expuesta de una forma muy intensa a un determinado tipo de estímulo pero ha pasado ya un tiempo hasta que la persona experimenta el engaño. Esto tiene que ver con el órgano sensorial y lo otro tiene que ver con los recuerdos.

· Daño orgánico (fiebre, intoxicación...): Alucinoides.

Se dan cuando tienes fiebre, se pueden presentar ciertas

alucinaciones; o cuando has tomado 40 cafés, la propia intoxicación te

provoca ciertas alucinaciones.

No es lo mismo un alucinoide que las alucinaciones a causa de las

drogas, porque en las drogas son buscadas las alucinaciones..

También se llama alucinoide a una experiencia que definió Müller como fenómeno Müller: se da cuando cierras los ojos y ves estrellitas, luces... no son cosas muy complicadas, normalmente son luces que hacen trayectorias..

CLASIFICACIÓN

◊ Según su complejidad:

- elementales
- complejas
- Según contenidos:

- Miedos, deseos: situaciones vitales especiales (reclusión, conflictos), el contenido de las alucinaciones puede variar sobre la cultura, religión... esto aunque parezca absurdo, es muy sensato.. porque la cultura tiene mucho que ver en ellas. La gente cristiana no suele tener alucinaciones con Buda.

· Según modalidad sensorial:

- Auditivas, visuales, táctiles (hápticas), olfativas, gustativas, somáticas o viscerales, cinestésicas;

además, pueden ser: alucinaciones unimodales o alucinaciones multimodales (mixtas): tienen alucinaciones en muchos de sus sentidos.

- Poco frecuentes en trastornos mentales (más posibles: pseudo-alucinaciones visuales acompañando a alucinaciones auditivas).
- Típicas de enfermedad médica, drogas, aislamiento extremo,...
- Conciencia (vigilia, alerta) disminuidas.
- Reacción emocional variable: curiosidad-pánico.
- Variables en complejidad y tamaño (distorsiones superpuestas) (Ej: objetos transparentes, tridimensionales,...).
- Fotopsias o fotomas: formas simples, estados orgánicos (Ej: destellos de luz o formas sencillas como estrellas, círculos,...).
- Autoscopia: modalidad especial (alucinar con uno mismo; verse salir de su propio cuerpo, viaje astral, verse transparente, ver su propio entierro,...).
- Voces, fonemas, ruidos, música: a menudo identificables (procedencia, idioma, sexo, edad,..)
- Características de Esquizofrenia: las voces hablan al paciente, comentan sus acciones, discuten con él (3ª persona), dan órdenes (imperativas), amplifican sus pensamientos (eco del pensamiento: creer que todo lo que piensa se oye) o sus lecturas (eco de la lectura: oye como alguien le lee).
- También se presentan en otros trastornos mentales (manía, depresión mayor); estados orgánicos agudos (drogas, alcohol); enfermedades neurológicas; tumores; medicación; desnutrición...
- Reacción congruente con el contenido: ira, enfado, miedo, curiosidad,..
- Su atribución a orígenes misteriosos, fuente de delirios.
- Epilepsia: olores desagradables previos a crisis, y otros estados

orgánicos.

- Esquizofrenia: el paciente cree que emite olores o que lo emiten los otros. Significado auto-referente (amenazador, desagradable). Distinguir de delirios (estoy podrido por dentro).
- Esquizofrenia: Sabores desagradables (hierro, veneno), ausencia de sabor en las comidas (también se da en casos de Depresión mayor), asociados a delirios me quieren envenenar y a alucinaciones olfativas.
- Comportamiento acorde con contenido (no comer porque cree que está envenenado).
- Epilepsia.
- Estados AGUDOS: delirium, drogas, alucinosis alcohólica, esquizofrenia.
- Modalidades: de dolor, sexuales, desgarros, destripamiento, ser de oro, ser de piedra,...
- Delirio zoopático (alcohólicos): sensación de estar infectado, infestación corporal por bichos (pueden ir acompañadas de alucinaciones visuales).
- Cinestésicas: tiene alucinaciones de movimientos corporales cuando no los está haciendo (sentir alguna parte del cuerpo se mueve).
- Táctiles o hápticas: alucinaciones que tienen que ver con el contacto de la piel (activas: él toca o pasivas: le tocan).

· **FUNCIONALES:**

La persona tiene una percepción normal pero, al mismo tiempo, se tiene la alucinación, es decir, un estímulo desencadena una alucinación, ésta desaparece cuando también lo hace el estímulo.

Estímulo y alucinación percibidos simultáneamente, en la misma modalidad sensorial, es decir, que tendrán las mismas características (Ej: intensidad, duración,...)

· **REFLEJAS:**

Un estímulo desencadena una alucinación pero a diferencia de las funcionales, éstas son en otra modalidad sensorial.

Variedad patológica de sinestesia.

· **NEGATIVAS:**

No se percibe algo existente. (Alucinación autoescópica negativa, es decir, no percibir algo de sí mismo).

· **EXTRACAMPINAS:**

Alucinación extrasensorial, por ejemplo, estando en un sitio dicen ver a otra persona que está en otro lugar, que oyen conversaciones sin estar en el mismo sitio, ver cosas aun no estando viéndolas,...

- Alucinaciones carentes de la experiencia de objetividad, descritas como visiones (Percibidas por el ojo u oído internos, Jaspers).
- HARÉ (1973) Y SLADE & BENTALL (1988)
 - ♦ Alucinaciones sin convicción (posibles en personas sanas).
 - ♦ El paciente puede haber aprendido que sus experiencias son alucinaciones (frecuentes en pacientes crónicos)

¿Concepto innecesario?

- Modalidades: auditiva y visual.
- Asociadas a : estados hipnagógicos e hipnopómpicos, fatiga, privación sensorial, drogas, situaciones de crisis vital (duelo, estrés postraumático, pacientes crónicos,...)

ESTUDIOS EXPERIMENTALES

Líneas de investigación en función de:

- Las situaciones en las que aparecen.
 - ♦ Estudios sobre Privación sensorial.
 - ♦ Si se inducen experimentalmente para averiguar los mecanismos que intervienen.
 - Estudios con drogas.
 - En el tipo de características de las personas que tienen alucinaciones.
 - ♦ Sugestionabilidad.
 - ♦ Condicionamiento sensorial.
 - ♦ Imágenes mentales.

A) ESTUDIOS DE PRIVACIÓN SENSORIAL

D.O. HEBB ('50):

- El SNC requiere estimulación constante y cambiante.
- Baja intensidad y alta monotonía de estímulos: alteraciones en el SNC.
- Sujetos sometidos a PS (privación sensorial): alteraciones emocionales (irritación, pánico, apatía) y perceptivas (alucinaciones).
- Las alucinaciones: respuesta normal ante la ausencia, disminución o monotonía de estímulo.

ZUCKERMAN ('69): Sensaciones visuales o auditivas.

- Tipo A: cambios simples (50% sujetos)
- Tipo B: cambios completos y con significado (20% visuales, 15% auditivas).

SLADE ('84); SLADE Y BENTALL ('88):

- Patrón progresivo: A
----- B (según el tiempo de PS).
- Muy pocos relatan alucinaciones.
- Influencia de otras variables: personalidad, expectativas, sugestionabilidad, tolerancia al aburrimiento.

ALUCINACIONES EN DIFERENTES CONTEXTOS SIMULARES:

(MARGO, HEMSLES Y SLADE, 1981)

- Estudios con pacientes alucinadores bajo situaciones diversas en complejidad (que requieren recursos atencionales distintos).
- Conclusiones: cuanto menos compleja es la situación, mayor cantidad y complejidad de experiencias alucinatorias. La estimulación escasa, poco estructurada y de baja intensidad, aumenta la probabilidad de que aparezcan alucinaciones.
- En alucinadores la realización de tareas incompatibles con la experiencia alucinatoria (ej: verbales), reduce o inhibe la presencia de alucinaciones (Bentall, 1988).

B) ESTUDIOS CON DROGAS

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: existen muchos tipos que pueden tener diferentes efectos psicológicos:

- Drogas psico-miméticas (se llaman así porque reviven experiencias psicóticas) Ej.: alucinaciones Ej.: LSD, mescalina (estas 2 primeras son las más conocidas), cannabis, marihuana...

HOFFMAN (1955):

- Identifica sus propiedades de introducir trastornos perceptivos. Estudios centrados sobre el sistema visual.
- LSD: sus efectos se deben no sólo a composición química, sino también a personalidad, expectativas,

contexto de ingesta, experiencias previas...etc

- Calidad, casi-subjetiva de las alucinaciones (no hay juicio de realidad, o es pasajero).

Al principio, la persona, no tiene las mismas experiencias cuando se toma su 1ª dosis a la nº40... las primeras son sensaciones elementales (al inicio del consumo).

Dan respuestas emocionales de curiosidad (cosas que no tienen los del trastorno).

Cuando tomas algo, todas tus percepciones están alteradas, vemos las cosas de forma diferente, las sentimos de forma diferente. Estas situaciones son poco útiles para emular alucinaciones: más para imaginación y pseudoalucinaciones.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

SHASHORE (1985):

- Experimento: Un pasillo oscuro. Se te dice que vayas caminando por el pasillo hasta que veas una luz, entonces debes parar (nunca se encendía la luz y todas las personas se paraban); al esperar que haya un estímulo, se sugestionan y lo hacen.

Las personas pueden ver, eso les ocurre porque se les crea la expectativa de que algo va a aparecer son tareas experimentales de condicionamiento sensorial.

BOZZETI y cols. (1967):

- Mellow yellow: plátano de cáscara seca...se decía que esa sustancia fumada producía alucinaciones. Pero descubrieron que no había nada en la cáscara del plátano!!!! (Historieta de Alex, muy buena: Sugestión...! como unos amigos de Ana, que se pillaron un ciego que te mueres en un botellón sin alcohol... lo mejor es que se dieron cuenta después!!!!).

ORNÉ, HILGARD:

- Hablan sobre la hipnosis; una

variable muy importante en ella es la sugestionabilidad, porque sino... no lo puedes hacer.

- La sugestionabilidad es una parte muy importante para poder determinar diferentes estados. Por ejemplo, bajo hipnosis inducían diferentes tipos de alucinación (ver a un compañero en 2 sitios diferentes o hacer que no vean un pupitre). La persona no responde completamente a la imagen hipnotizada, es decir, que cuando haces que una persona no vea el pupitre que está delante de él y le dices que se acerque a ti, no pasa por encima del pupitre, lo rodea para no golpearse contra él, inconscientemente sabe que hay algo.
- La sugestionabilidad, expectativas, aprendizaje, contexto social... favorecen la aparición de experiencias alucinatorias: factores de vulnerabilidad. Alucinaciones menos complejas, no espontáneas, carentes de significado emocional.

¿No importa sólo la sugestionabilidad y esa capacidad para crear imágenes mentales? Los psicóticos confunden las imágenes mentales con las percepciones.

Hay diferentes hipótesis:

HIPÓTESIS 1:

Podría ser que las personas con este problema, tienen un aumento de la capacidad imaginativa. Dificultades para distinguir imágenes de percepciones y eso aumenta la vulnerabilidad a alucinaciones.

SEGAL y NATNAN: lo niegan, no tiene nada que ver, no se cumple la H1!

HIPÓTESIS 2:

Los alucinadores tienen imágenes tan vívidas que las confunden con percepciones.

SEITZ y MOLHOLM: Los alucinadores tienen imágenes débiles (r).

SERBIN: Las alucinaciones se producen en la modalidad sensorial menos preferida para generar imágenes... cuando la persona tiene más capacidad de imaginar, más alucinaciones tiene, en comparación con aquellos que no... esto fue una variante de la hipótesis 2 que llevó a la formulación de la hipótesis 3.

HIPÓTESIS 3:

PERKY (1910): Si a veces se confunde lo imaginado con lo real, también debe poder suceder lo contrario.

Hizo experimentos interesantes: Por ejemplo, en una pantalla en blanco decía imagínese una banana y luego decía que se proyectase la imagen sobre la pantalla donde él había estampado la banana. Los sujetos creían que la banana era efecto de su imaginación.

Podemos confundir lo que es una percepción con lo que es una imaginación.

JOHNSON y RAYE: Reality monitoring (supervisión de la realidad), es una capacidad para diferenciar entre memorias de pensamientos y de hechos. Por ejemplo, ¿te he dicho esto , o lo he soñado? Confunde lo real con la imaginación.

Esto acentúa que la importancia se basa en que la persona cree que es de verdad, y es lo que se llama juicio de realidad (importancia de los procesos de juicio y / o razonamiento, Ej: Inferencias).

DÉFICITS EN LA CAPACIDAD METACOGNITIVA DE EVALUACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE LA REALIDAD

SLADE y BENTALL: Los alucinadores tienen déficits en las habilidades cognitivas implicadas en la discriminación del origen de los estímulos y atribuciones erróneas sobre la procedencia de sus imágenes. Para que esto ocurra ha de existir unos factores como: sugestionabilidad, situaciones personales,...

Por eso, se estudiará la existencia de unos FACTORES PREDISPONENTES???

TEMA 6 : PSICOPATOLOGÍAS DE LA MEMORIA

CLASIFICACIÓN:

- **AMNESIAS** (pérdidas)
 - ◆ Orgánicas:
 - ◇ Amnesia retrógrada.
 - ◇ Síndrome amnésico.
 - ◇ Amnesias en demencias.
 - ◇ Permanente.
 - ◆ Psicógenas o funcionales (= no orgánicas)
- **PARAMNESIAS** (distorsiones) = parapraxias
 - ◆ Anomalías en el recuerdo.
 - ◆ Anomalías en el reconocimiento.
- **FENÓMENO HIPERMNESIAS (El libro de la vida):** ver pasar la vida de una persona en unos milisegundos en una situación en la que su vida corre peligro.
- **ALTERACIONES EN EL RECONOCIMIENTO.**
 - Fenómeno de tu cara me suena:
 - ◆ Reconocimiento sin recuerdo completo (sensación familiaridad).
 - ◆ Producido por variaciones contextuales.
 - Fenómeno conozco la cara pero no el nombre:
 - ◆ Recuerdo atenuado.
 - ◆ Importancia mayor de las características físicas del nombre (a no ser que sea raro).
 - Fenómeno de sensación de conocer:
 - ◆ Se sabe que se sabe algo pero se fracasa en demostrar el conocimiento.
 - ◆ Reconocimiento de material disponible pero no accesible.
 - Fenómeno punta de la lengua:

- ◆ Caso particular de sensación de conocer pero referido a palabras.
- Laguna temporal:
 - ◆ Alteración en procesos atencionales, no estrictamente de memoria.
 - ◆ Alteración temporal.
- Verificación de tareas (checking):
 - ◆ Problemas en la ordenación temporal del acontecimiento.
- Confabulación:
 - ◆ La persona inventa el recuerdo, sin intención de mentir, al intentar dar respuesta a cosas que no recuerda y tener así una continuidad mnémica.
 - ◆ También puede ser que narren recuerdos auténticos pero mal contextualizados.
- Pseudología fantástica:
 - ◆ Narraciones completamente inventadas o fantaseadas a causa de una necesidad afectiva.
 - ◆ Pacientes con sintomatología histérica, o al menos, no orgánica.
- Fenómeno de esto lo he visto, ya lo he vivido (DEJA VU) /deyaví/
 - ◆ Falso reconocimiento positivo.
 - ◆ ¿Por qué no se puede recordar la situación original?
 - ◇ Reconocimiento de la estructuración perceptiva y conceptual del estímulo, no del propio estímulo.
 - ◆ Diferenciar con pseudopresentimiento (Ej: sabía que ibas a decir eso, intuición)
- Paramnesias reduplicativas.
 - ◆ Falso reconocimiento que suele ocurrir en pacientes con demencias y Korsakoff.

- Jamais vu /yameví/:
 - ◆ Falso reconocimiento negativo.
 - ◆ Explicaciones:
 - ◇ Cambios en la organización del espacio.
 - ◇ Focalización extrema de la atención: pérdida del significado de las palabras.
 - ◇ Importancia de las variables contextuales.
- Criptoamnesia:
 - ◆ Fallo en el reconocimiento con ausencia de sensación de familiaridad.
- Síndrome de Capgras o Ilusión de Socias (Ilusión del doble o del impostor):
 - ◆ La persona no reconoce a alguien muy cercano a él (aunque sí físicamente), cree que es un impostor.
- No etiología orgánica.
- Responsables: factores emocionales.
 - ◆ *Amnesia histérica o disociativa*: ruptura de funciones que deberían darse de una manera conjunta, trabajan de forma disociadas (alteraciones de la conciencia, de la memoria,...).
 - ◆ *Estados de fuga (Fuga disociativa)*: se caracteriza porque la persona huye, se aleja de su ambiente (pone Km en medio de su ámbito habitual). Deja de recordar cosas sobre sí mismo, hasta el extremo de olvidarse de todo: de su nombre, edad,... o puede ser que se acuerde de ciertas cosas. Esta huida puede durar desde horas hasta años, y luego, recupera su identidad o puede que incorpore otra

identidad. La persona puede que no recuerde nada de lo que pasó durante su fuga o recuerdos selectivos.

Estos estados de fuga se dan en situaciones muy traumáticas.

- ◆ *Personalidad múltiple "*
(ahora en el DSM-IV: trastorno de identidad disociativo). Dos o más identidades tienen el control de la conducta de una única persona. Desde un punto de vista de la memoria, son muy variables. La identidad original no conoce nada de las otras identidades (Ej: abre un armario y ve cosas que no ha comprado, va por la calle y la gente le llama por otro nombre diferente,...). Entre las otras identidades, puede haber variabilidad; hay identidades que pueden conocer a otras pero estas otras no conocer la identidad de la anterior: pueden existir relaciones NO bidireccionales.
- ◆ *Trastorno de Estrés Postraumático (TEP):*
Presencia de un acontecimiento traumático; acontecimiento en el que la vida de la persona corre peligro (Ej: atentado, secuestro,...). Relacionado con la supervivencia de la persona.
- ◆ *Trastorno Estrés Agudo:* es la consecuencia inmediatamente posterior al trauma o acontecimiento traumático. Sintomatología: ansiedad, actividad continua, preocupación constante, evitación,... Pesadillas, problemas con las relaciones sociales y de memoria. También son

destacables los
pensamientos intrusivos:
recordar cosas cuando no
quiere. Estas personas,
normalmente, lo que desean
es olvidar, no tener
recuerdos, borrarlos de su
memoria.

[1-3 meses después

Trauma T. Estrés Agudo T. Estrés
Postraumático

Características de estos trastornos:

- ◆ Amnesia retrógrada: puede ser de toda su vida o lacunar. (En estos trastornos la amnesia anterógrada no suele darse).
- ◆ La persona no pierde conocimientos; la pérdida se refiere a acontecimientos biográficos: memoria episódica.
- ◆ Lo que más alterada está es la memoria explícita: esfuerzo consciente de recordar. (La memoria implícita sería aquella que se usa y se ha aprendido incidentalmente, de forma inconsciente) (Ej: información de una víctima en que no puede recordar que el violador llevaba un suéter azul ,pero cuando le ofreces una prenda azul ,la rechaza).

Pueden ser muy variables en función de su etiología.

- Demencia: deterioro cognitivo–intelectual general.
- Problemas de amnesia retrógrada: fundamentalmente hay dos tipos de problemas:

A) T.E.C. (terapia electro–convulsiva)

B) Traumatismos craneales.

La pérdida y recuperación en función de la *Ley de Ribot*: En función de la gravedad más memoria se irá perdiendo (Se empezará a tener pérdidas de memoria sobre los acontecimientos más recientes y conforme se vaya agravando se irán perdiendo aquellos recuerdos que eran anteriores).

Traumatismo Recuperación

_____ (Amnesia
post-traumática) _____

Amnesia retrógrada

Entre el intervalo del traumatismo y la recuperación hay problemas o síntomas neurológicos. Se suelen tener pérdidas que van desde minutos a horas. Existe una relación directa entre la duración de la amnesia retrógrada y la amnesia post-traumática.

Pueden haber recuerdos fragmentados: islotes en la memoria.

El proceso de recuperación de la memoria se hace alrededor de estos islotes. Puede ocurrir que hayan minutos o segundos de la situación peritraumática que nunca se vuelvan a recuperar.

- Síndrome Amnésico: Alteración orgánica que se caracteriza por problemas de memoria sin deterioro intelectual. Pueden venir de problemas muy variados: meningitis, anoxia, ausencia o carencia de vitaminas o síndrome de Korsakoff.

Puede que haya o no A. Retrógrada (es muy variable) pero la que siempre estará presente será la Amnesia Anterógrada.

Etiologías:

- ◆ Síndrome de Wernicke – Korsakoff
- ◆ Lesiones diencefálicas
- ◆ Daños en el lóbulo temporal medio
- ◆ Accidentes

cerebrovasculares

♦ Anoxias

Vamos a hablar sobre el síndrome de Wernicke – Korsakoff porque es el más estudiado.

**ETAPA DE WERNICKE (encefalopatía):
FASE AGUDA**

- Ataxia (falta de movimientos coordinados)
- Oftalmoplejia (parálisis de músculos oculares)
- Nistagmus (movimientos pupilares incontrolados lo de la pruebas de pasar el boli o el dedo para que lo siga con la vista es para ver esto).
- Polineuropatía (dolor, pérdida de sensibilidad, debilidad en los miembros).
- Estado confusional general (desorientación).
- Incapacidad para reconocer personas familiares.
- Apatía.
- Problemas de atención.
- Incapacidad para mantener conversación coherente.

Esta sintomatología sino se trata adecuadamente puede llevar a la persona a la muerte. Tratamiento:

- Se trata con tiamina.
- Remiten los síntomas neurológicos
- Se pasa a la fase crónica: Korsakoff.

Al principio se estudiaban como enfermedades diferentes pero luego se dieron cuenta de que se trata de la misma enfermedad (Etiología), pero en diferentes etapas.

Uno de los problemas del alcoholismo son los déficits nutricionales que pueden desembocar en Korsakoff, pero ni todos los alcohólicos acaban con Korsakoff, ni todos los enfermos de Korsakoff han sido alcohólicos. Puede que se dé simplemente por una dieta pobre en tiamina.

La fase aguda si que es curable.

ETAPA DE KORSAKOFF: FASE

CRÓNICA.

- Etiología: déficit de tiamina:
- Claridad de conciencia
- Alerta pero apáticos
- Carentes de espontaneidad
- Amnesia para hechos recientes
- Amnesia retrógrada parcial
- Desorientación espacial y temporal
- Confabulación
- Falsos reconocimientos :
paramnesias reduplicativas. La persona dice que ha estado en ese lugar, que conoce a esa persona... sería como una exageración del déjà vu.

SÍNDROME AMNÉSICO:

CARACTERÍSTICAS COMUNES

- No déficits en memoria operativa (capaz de mantener una conversación, pero luego no recordará el episodio. Es lo que antes se llamaba MCP).
- Amnesia retrógrada: mucha variabilidad.
 - ◆ Memoria remota afectada (fundamentalmente episódica)
 - ◆ Diferencias intra – grupo.
- Amnesia anterógrada:
 - ◆ Incapacidad para aprender o retener hechos nuevos
 - ◆ Déficits en M. Semántica (variables)
 - ◆ Déficits en M. Episódica
 - ◆ No déficits en M. Implícita

Hay un caso que ha aprendido un idioma nuevo (chino o japonés) después de la enfermedad.

¿Qué puede hacer un amnésico?

- Mantener una conversación.
- Recordar su pasado más remoto.
- Ejecución en pruebas de memoria: mejora cuando el recuerdo es incidental o no deliberado (implícito).
- Adquirir destrezas y habilidades (memoria de procedimientos).

EXPLICACIONES DE LA AMNESIA:

- ¿Déficit en un sistema de memoria?
- ¿Qué almacén está deteriorado? No estaba del todo claro.
- Déficit tanto en M. Episódica como en la M. Semántica. Se podría decir que no está afectada la M. Semántica que ya estaba consolidada en el pasado, o no puede aprender cosas nuevas.
- Dificultades para distinguir entre M. Declarativa (saber qué) y Procedimental (saber cómo). Tampoco estaba claro por lo de las tareas de elegir entre palabras nuevas y las que ya se habían presentado.
- ¿Déficit en los procesos?
- En la codificación
 - ◆ ¿Dificultades en el procesamiento semántico (más profundo)? porque hicieran la codificación de una forma más superficial.
 - ◆ Datos contradictorios.
- En el almacenamiento
 - ◆ ¿MCP intacta, pero problemas en la transferencia a la MLP?
 - ◆ Resultados con M. Implícita: la información está en el sistema. Esa información está almacenada porque luego la pueden utilizar de forma no consciente.
- ¿Olvido extremadamente rápido?
 - ◆ Una vez alcanzado el aprendizaje, la tasa de olvido es normal.
- ¿Déficit en la recuperación?
 - ◆ Deterioro en la capacidad para acceder de forma intencional (consciente) a la información almacenada.
 - ◆ Se conserva la capacidad para utilizar la información de forma incidental (no consciente).
 - ◆ Esta es la teoría que se cree hoy en día.

IMPORTANCIA RELACIÓN MEMORIA-CONCIENCIA

- *Fallos en la conciencia auto-noética* (Tulving)
 - ◆ *C. Auto-noética* M. Procedimental
 - ◆ *C. Noética* M. Semántica
 - ◆ *C. Auto – noética* M. Episódica
 - ◆ Amnesia: deterioro selectivo en la C. Auto-noética (de auto-conocimiento)
 - ◆ Se corresponde con:
 - ◇ Referencia personal en la recreación del pasado
 - ◇ Tiempo subjetivo en el que el sujeto es actor, planificador u observador de lo que ocurre.
 - ◆ Amnésico: presente perpetuo

TEMA 7 : PSICOPATOLOGÍAS DEL PENSAMIENTO

CLASIFICACIÓN:

La clasificación más común, la dividen en :

- ¿Cómo?: como piensa la persona (la forma) = trastorno formal del pensamiento.
- ¿Qué?: lo que piensa, tipo de creencia = trastorno del contenido (juicios y creencias), con el que hemos de ser muy respetuosos.

1.- ¿Qué es un trastorno formal del pensamiento?

- ◆ Relación y/o identificación con lenguaje:

¿Un lenguaje normal refleja un pensamiento normal?

¿Un lenguaje trastornado refleja un pensamiento trastornado?

¿Trastorno formal = trastorno lenguaje = habla desorganizada?

- ◆ Relación y/o identificación con discurso:

¿Alteraciones en el discurso? 1º, qué es 1

discurso: actividad que implica la producción de lenguaje en situaciones de interacción o conversación que puede realizarse en condiciones tanto monológicas, como dialógicas y que pueden adoptar modalidades perceptivas diversas (Ej: oral/escrito).

♦ Relación y/o identificación con comunicación:

¿Alteraciones en las tareas cognitivas?

Actividad comunicativa: el éxito depende de las intenciones, planes, conocimientos del material con el que se trabaja.

Énfasis en el diálogo: discurso producido entre varias personas en las conversaciones.

1. TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO:

- Alteraciones en el discurso individual:
 - ♦ Planteamientos clásicos.
 - ♦ Andreasen.
 - ♦ Ludwig.
- Alteraciones en la comunicación:
 - ♦ Comunicación desviada.

ALTERACIONES EN EL DISCURSO INDIVIDUAL:

BREULER: Trastorno de las asociaciones

- Ausencia de relaciones o conexiones entre ideas que deberían estar asociadas.
- Se producen mediante mecanismos de:
 - ♦ Condensación: se produce cuando dos significados se condensan, se fusionan, en uno solo. (Ej: paciente al que no le gustaban las monjas que le cuidaban y decía que tenía dolores insinuantes católicos); (Ej: un paciente decía que estaba azulado en vez de apenado ya que su motivo de tristeza era la devolución de una carta que estaba escrita con

tinta azul).

- ♦ Desplazamiento: En vez de usar una idea o significado utiliza otro (simbolismos personales). (Ej: coito = efectuar la sagrada vacunación).
- ♦ Uso inadecuado de símbolos: Utilizar una parte concreta del significado, no la general. (Ej: estar embarazada = tener una cigüeña aplaudiendo en su cuerpo; zapatos = bailes).

CAMERON: Incoordinación o Asíndesis.

- Falta de conexiones adecuadas.
- Se caracteriza por:
 - ♦ Interpenetración: Cuando la persona habla de algo mezclándolo con cosas de su propio mundo interior pero que no tiene relación alguna con lo que está hablando.
 - ♦ Fragmentación: El discurso de la persona está roto, no hay continuidad sino muchos cambios. Nunca se acaban los pensamientos.
 - ♦ Sobreinclusión: Cuando se usa un concepto refiriéndose a muchas cosas, generalizaciones exageradas. Problemas en el pensamiento concreto. (Ej: silla, además de ser algo para sentarse también lo pueden relacionar con algunos recuerdos y asociar a esta palabra que también es un objeto con el que te pueden hacer daño).
 - ♦ Metonimias: Uso literario y subjetivo del lenguaje. Uso de símbolos de forma muy personal. Terminología propia, privada. (Ej: usar una palabra con el significado que la persona le quiera dar, no con el que tiene realmente).

K. SCHNEIDER: Tres tipos de trastorno de pensamiento

1). Transitoriedad: (Pensamiento transitorio), caracterizado por:

- ◆ Descarrilamiento: irse por las ramas sin llegar a ningún sitio, no llega al final de la cuestión que se había planteado inicialmente.
- ◆ Sustitución: parte de un significado o de un discurso que se sustituye por otro.
- ◆ Omisión: parte de un significado o discurso que se omite.

2). Simplismo: (Pensamiento embolismático), caracterizado por:

- ◆ Gramatical y sintácticamente correcto pero de ideas simples.
- ◆ Disminución de la capacidad de abstracción.

3). Desconexión o fusión: (Pensamiento inconexo), caracterizado por:

- ◆ Mezcla desordenada de pensamiento con abundantes interpretaciones.
- Pobreza del habla (del pensamiento: habla lacónica): dar respuestas muy monosilábicas.
- Pobreza del contenido del habla (del pensamiento: habla vacía, alogia, trastorno formal negativo del pensamiento): no decir nada con lo que está diciendo, no comunicar.
- Presión del habla: cantidad de palabras que dice una persona por minuto. La persona habla de forma acelerada. Taquifasia: no cuenta muchas cosas (falta de contenido) pero habla muy rápido.
- Habla distraída: La persona te está contando algo y se puede distraer por cualquier cosa dejando su discurso.
- Tangencialidad: Las respuestas que da no se adecuan a las preguntas que

se le han hecho, es una respuesta oblicua. (Ej: Qué tiempo hace hoy? Los tiempos del trópico; ¿Qué estás estudiando? Lo que un día estudió Hipócrates).

- Descarrilamiento: pérdida de asociaciones y fuga de ideas. En la fuga de ideas aún hay asociaciones pero muy secundarias, muy propias de la persona. La persona habla de muchas cosas diferentes con gran velocidad.
- Incoherencia: Ensalada de palabras, Esquizofasia, Parapragmatismos: hay muchas ideas pero no se pueden seguir porque están muy entremezcladas.
- Ilogicidad: Cuando una persona llega a unas conclusiones que no siguen las premisas iniciales. (Ej: pensamiento supersticioso).
- Resonancias: La persona elige la palabra pero no por su significado sino por su sonido. (Ej: puede que hable todo con palabras que contengan una cierta letra, o que empiecen o acaben de la misma forma,...)
- Neologismo: inventarse palabras nuevas.
- Aproximaciones a palabras: Se inventan palabras en función de una regla (Regla mal utilizada) (Ej: autobusero).
- Circunstancialidad: cuando la persona nos cuenta algo demasiado detalladamente.
- Pérdida de meta: empieza a contar algo y al final pierde el destino, no llega a la finalidad de su mensaje.
- Perseveración: Repetición de un pensamiento que actúa de forma circular, no concluye nunca. (Ej: rumiaciones depresivas, obsesiones ansiosas).
- Ecolalia: repite en forma de eco lo que oye, lo que le dices,...
- Bloqueo: De repente, la persona siente que su pensamiento se ha quedado en blanco. (Ej: cuando la persona está muy nerviosa. Robo de pensamiento, en esquizofrenia).

- Habla afectada: muy pomposa, amanerada.
- Autorreferencia: todo lo que pasa la persona lo refiere a sí mismo.

Ludwig piensa que en todo pensamiento hay una meta clara: querer decir algo.

Para él, los trastornos formales violan alguna o todas estas condiciones:

- Conexiones lógicas entre palabras, frases, oraciones orientadas hacia una meta.
- No hay tantas digresiones como para crear dificultades al oyente para seguir la línea del pensamiento.
- El número de bits de información transmitida dentro de un marco de tiempo no es tan grande o pequeño como para menoscabar la atención o comprensión del oyente.
- Las palabras, frases y sentencias son apropiadas y comunican un contenido significativo.
- La comunicación es dirigida específicamente al oyente.
- La comunicación fluye rítmicamente y no está cortada o desarticulada.

ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN:

Cuando el oyente es incapaz de construir una imagen o constructo coherente partiendo de lo que dice el hablante. Dificultades para compartir un foco de atención y transmitir un mensaje con significado compartido.

Ejemplos:

- ♦ cambios no relacionados de una idea a otra que dejan confuso al oyente.
- ♦ ideas que comienzan y que se abandonan abruptamente.
- ♦ descripciones tan vagas que el emisor puede estar hablando de cualquier cosa.
- ♦ uso de palabras con significado privado.
- ♦ lógica popular.

TEORIAS SOBRE TRASTORNOS FORMALES DEL

PENSAMIENTO.

ENFOQUE INDIVIDUAL:

- ♦ Centrado en la actividad y producción comunicativa del sujeto, cuando está realizando una tarea comunicativa.
- ♦ Estudia los procedimientos de producción y comprensión de las contribuciones comunicativas.

ENFOQUE INTERACCIONAL:

- ♦ Centrado en la relación entre las producciones comunicativas de los participantes en la tarea comunicativa.
- ♦ Estudia el modo en que las contribuciones de los participantes se ajustan o no entre sí.

PERSPECTIVAS ESTÁTICAS:

- ♦ Describen actividades actuales de los sujetos.

PERSPECTIVAS GENÉTICAS:

- ♦ Describe las formas en que las actividades actuales y pasadas condicionan las futuras.

INDIVIDUAL ESTÁTICO	INDIVIDUAL GENÉTICO
INTERACCIONAL ESTÁTICO	INTERACCIONAL GENÉTICO

Pretenden identificar los fallos en los procedimientos de producción o comprensión.

Los pacientes con trastornos formales del pensamiento:

- ◆ problemas al producir comunicaciones: individual estático cuando toma el papel de emisor.
- ◆ no problemas en comprender comunicaciones: individual estático cuando toma el papel de receptor.
- ◆ no fallos en las etapas de codificación lingüística.
- ◆ fallos en las fases iniciales: planificación y organización del discurso.

Principio cooperativo

Grace: Principio que los participantes esperan ver respetado:

Haga que su contribución a la conversación sea requerida por el propósito o la dirección del intercambio comunicativo en el que esté involucrado.

Reglas:

Máxima de la cantidad_____pobreza del habla

Máxima de la calidad_____que nos engañe, que todo sea verdad

Máxima de la relación_____
__tangenciabilidad

Máxima del modo (claro)
_____perseveración

Hipótesis del auditor fantástico

Sullivan:

- ◆ Se contrastan los mensajes aún no emitidos con un oyente imaginario que representa las necesidades informativas del interlocutor real.
- ◆ A más discrepancias entre imaginario y real, más fallos de coherencia y de interpretabilidad de los

mensajes.

Marrow: Los trastornos formales del pensamiento

Se producen porque:

- ◆ incremento arousal cognitivo y descenso de la actividad inhibitoria.
- ◆ atención hacia temas personales y tendencia a mezclarlos en el pensamiento y el discurso.
- ◆ no tiene en cuenta los estándares sociales y puede confundir lo real y lo irreal.

El paciente mantiene una perspectiva distorsionada y su conducta:

- ◆ no puede descartar a nivel preconscious las ideas e intenciones de discurso socialmente inapropiadas.
- ◆ no es consciente de lo extraño que son sus preocupaciones para los otros (lo anormal de su discurso).

Harvey:

- ◆ La severidad de los trastornos formales se debe al incremento de sensibilidad a distracciones.
- ◆ Esto produce mayor facilidad para confundirse sobre el estado de información del oyente (control de realidad).
- ◆ Control de realidad: capacidad para discriminar entre lo dicho y lo imaginado. En este tipo de pacientes hay problemas para discriminar entre lo que ha dicho y lo que ha imaginado.
- ◆ Por lo tanto el déficit no se sitúa en la capacidad en la MCP sino en el uso de la MCP, usa mal la información de la MCP

(dentro de ella está lo que ha dicho y lo que ha imaginado).

– *Conclusiones de los estudios sobre interacción y comunicación familiar:*

No correspondencia biunívoca entre patrones disfuncionales de interacción y diagnóstico psiquiátrico.

– *Wynne:*

Nivel de desviación comunicacional paterno correlaciona con gravedad y forma de trastorno psicótico del hijo.

– *Miklowitz:*

Hijos y padres tienden a interactuar de forma complementaria

Ejemplo: respuestas tangenciales uso extraño de palabras y viceversa.

Ejemplo: ideas fragmentadas referencias ambiguas

- En la infancia, en las interacciones familiares: aprendemos a compartir focos de atención y a derivar significados de los estímulos
- Comunicación en las familias perturbada en cuanto a esforzarse por compartir un foco de atención en una conversación.
- El grado en que los padres fracasan el intentar comunicarse revierte en el grado en que el niño se aturde y se angustia.
- Nivel inicial de desviación comunicacional de los padres: mejor predictor individual del desarrollo futuro de un trastorno esquizofrénico en el hijo.

2. TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Uno de los trastornos más importante e impactante dentro de los trastornos del contenido son los delirios.

¿Qué son los delirios?

Jaspers (1946):

Juicios falsos que se caracterizan por:

- ◆ La comunicación extraordinaria con que se mantienen (Ej: soy la virgen María y estoy total y absolutamente convencida de que lo soy).
- ◆ No ser influenciables por la experiencia ni por conclusiones irrefutables.
- ◆ La imposibilidad de su contenido.

Mullen (1979):

Creencias patológicas que se caracterizan por:

- ◆ Absoluta convicción.
- ◆ Se experimentan como verdades evidentes por sí mismas, normalmente de gran trascendencia personal.
- ◆ Inmodificables por la experiencia.
- ◆ Contenido fantástico o imposible.
- ◆ No compartidas por personas del mismo marco cultural y social.

DSM-IV (1994):

Creencia personal y errónea que se basa en inferencias incorrectas sobre la realidad externa sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás crean y en abierta oposición a pruebas obvias o evidencias incontrovertibles.

La creencia *no* es ordinariamente *aceptada* por otras personas del mismo grupo cultural.

¿Qué tienen en común las diferentes definiciones? (Oltmans)

- ◆ El balance entre las evidencias a favor y en contra de la creencia es tal

que otras personas la consideran como completamente increíble.

- ◆ La creencia no es compartida por otros.
- ◆ La creencia se mantiene con una convicción firme. La manifestación en las conductas de la persona no cambia, ante la presencia de evidencias contrarias a las creencias.
- ◆ La persona está preocupada (emocionalmente involucrada) con la creencia y le resulta difícil evitar pensar o hablar sobre ellas.
- ◆ La creencia tiene referencias personales más que convicciones políticas, religiosas o científicas no convencionales. La idea delirante siempre hace referencia a la persona.
- ◆ La creencia es fuente de malestar subjetivo interfiere con el funcionamiento social de la persona y con sus ocupaciones. El delirio abarca toda la vida de la persona, interfiere mucho en la vida de la persona.
- ◆ La persona nos dice que lleva a cabo esfuerzos subjetivos para resistirse a la idea.

Delirio como falsa creencia

Historia:

Siglo XIX, divorcio conceptual entre:

- ◆ conocimiento corteza científica
- ◆ creencia subjetiva delirios.

Elementos en las creencias (Price, 1944)

- Admitir una creencia (P) junto con una o más alternativas (Q ó R)
- Conocer un hecho o conjunto de hechos (F) que es relevante para P, Q ó R.
- Conocer que F hace que P sea más probable

- que Q ó R hace más evidencia para P.
- Asentir, lo cual lleva a:
- Preferir P a Q y R.
- Sentir cierto grado de confianza con respecto a P.

Falsedad:

Parece que la persona delirante, todo lo que nos cuenta tiene que ser totalmente falso, pero esto no es totalmente cierto: Efecto Marta Mitchell

Este concepto de falsedad es muy difícil de aplicar al tema de los delirios, hay muchas veces que se da la profecía autocumplida.

- Concepto relativo.
- Mejor hablar de:
 - ♦ Plausibilidad (hay vida en Venus) (puede no ser probable pero tiene cierto sentido).
 - ♦ Coherencia (la vida humana es sagrada).
 - ♦ Probabilidad (la casa blanca nos controla).
 - ♦ Consenso social (Dios existe).

Las dimensiones de los delirios:

- Inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza.
- Intensidad o convicción.
- Ausencia de apoyos culturales.
- Preocupación.
- Implausibilidad.

Esto no son características que tengan que cumplir necesariamente, son dimensiones.

FALTA 4/12/03 y 5/12/03

Condiciones en las que aparecen los delirios:

- enfermedades de origen neurológico
- trastornos metabólicos y endocrinológicos
- cromosomopatías
- enfermedades infecciosas
- abuso de alcohol y drogas
- agentes farmacológicos

- trastornos psicopatológicos y psiquiátricos
- esquizofrenia
- trastornos delirantes (paranoides)
- trastornos afectivos mayores
- trastornos de personalidad

Existen diferentes tipos de delirios:

- Contenido (DSM IV)
- Forma

1) CLASIFICACIÓN SEGÚN CONTENIDO DSM IV

- *Delirio de referencia*: todo lo que pasa lo hacen por mí (Ej: Sardá sale todas las noches para enviarme mensajes a mí).
- *Delirio de persecución*.
- *Delirio extravagante*: tiene un contenido de ficción, puede ser cualquier cosa (Ej: planeta X que venían unos seres que le hacían cosas).
- *Delirio de celos*: no puede quitarse de la cabeza ciertas imágenes.
- *Delirio de grandeza*.
- *Delirio de ser controlado*: todo lo que hago me lo imponen, me controlan... yo no tengo voluntad (sobretudo el pensamiento).
- *Delirio de transmisión del pensamiento* : todo lo que yo pienso alguien lo sabe.
- *Delirio de robo del pensamiento*: yo no puedo tener pensamientos porque me los están quitando.
- *Delirio de inserción del pensamiento*: tengo pensamientos que me los han impuesto.
- *Delirio somático*: creencia de que la persona sufre alguna enfermedad o que el cuerpo no le funciona correctamente (Ej: hipocondría).
- *Delirios congruentes con el estado de ánimo*: si una persona con depresión o manía, y presenta delirios hemos de ver si esos delirios son o no congruentes con el estado de ánimo (Ej: manía).

Congruente: delirio de grandeza

No congruente: delirio somático

◇ *delirios no
congruentes con el
estado de ánimo*

◇ *otros:*

- *de pobreza*
- *nihilista:*
existencial,
nada existe,
no existe
nada más q
la nada
- *de amor:*
hay
personas q
están
enamoradas
de mí
- ...

2) CLASIFICACIÓN SEGÚN FORMA: (FALTA)

TEORIAS SB LS DELIRIOS

(FALTA 15/12/03)

- El pensamiento delirante no es en sí mismo aberrante. El cómo piensa (la manera de razonar no es en sí misma patológica.
- Los delirios son teorías cuyo fin es dar significado a las observaciones.
- Ante enigmas surge la necesidad de elaborar teorías o explicaciones.
- Cuando las explicaciones dan cuenta de las discrepancias, se reduce la tensión y se produce el alivio.
- Los datos posteriores incongruentes con la explicación no son bien recibidos. Lo que todos intentamos es buscar información que sea congruente con las propias teorías; no nos gusta la información que va en contra de nuestras creencias (Ej: normalmente la gente lee periódicos acordes con su manera de pensar).
- Una teoría delirante o no, no se abandona hasta que se encuentra otra mejor. Nos resistimos a cambiar las creencias (inercia).

Evidencia a favor de Maher:

- Diversidad de condiciones en las

que aparece el delirio. Se ha comparado a la fiebre, ya que lo único que indica es que hay una alteración, poco más. Lo que tienen en común es que la persona está experimentando algo extraño a lo que tiene que dar una explicación.

- No existe un deterioro en la capacidad de razonamiento en los delirios. Aquí no está del todo claro; el problema es que estos estudios buscan alteraciones en el razonamiento silogístico, y el caso es que está demostrado que las personas sanas tampoco son demasiado buenas en este tipo de razonamiento. No solemos utilizarlo.
- Se pueden provocar creencias irracionales similares a las delirantes en personas sanas bajo situaciones anómalas. Plantea que las personas en general tenemos explicaciones. Él se basa en el tipo de creencias que tienen las personas normales. Plantea que las personas sanas tenemos explicaciones muy extrañas para muchas cosas (telepatía, fluidos, química...) hay experimentación que bajo sugestión hipnótica les dan sugerencias para que hagan cosas que después no recuerdan; cuando después les preguntan ¿Por qué haces eso? La gente da explicaciones de lo más variopintas y extrañas. Maher dice que la gente es más propensa a explicaciones extrañas o mágicas (menos común que el pensamiento científico). Si esto es tan frecuente o incluso más frecuente que el pensamiento racional, ¿Por qué tendría que ser patológico?

Críticas (Chapman & Chapman)

- No todos los que se encuentran en situaciones extrañas desarrollan explicaciones delirantes.
- No todas las interpretaciones son igualmente razonables. Depende de:
 - ♦ La cantidad de evidencia disponible o accesible que se tiene en cuenta.

- ◆ La importancia relativa que se le otorga (sin enfatizar mucho una idea concreta).
- ◆ Las personas normales suelen utilizar mucha más evidencia y suelen relativizarla más.
- Existe trastorno formal en los delirantes:
 - ◆ Deslizamiento cognitivo mayor cuando se habla del tema delirante.
 - ◆ Restricción de información para llegar a una conclusión.
 - ◆ Fijación selectiva en estímulos prominentes o intensos.

Según estos los delirios son explicaciones pero con errores. El problema estaría en el pensamiento probabilístico o bayesiano. El resto de personas podemos creer en algo con una determinada probabilidad y además podemos cambiar esta probabilidad.

Experimentos sobre sesgos de razonamiento en el delirante:

- H0 : las personas normales se esperarán a tener evidencia y además cambiarán la conclusión si hace falta. Y los delirantes al revés.

Resultados:

- Buscan menos información antes de tomar una decisión.
- Expresan una mayor certeza en sus conclusiones
- Según el modelo bayesiano: los delirantes mejor razonadores que los normales.
- Al encontrarse con evidencias discordantes, los delirantes cambian las hipótesis iniciales con más frecuencia. (Ni los científicos abandonan sus teorías cuando encuentran evidencias en contra! ¿ Por qué se lo vamos a pedir a los delirantes? Maher).

¿ Qué pasa cuando estas mismas tareas se hacen con material significativo para la vida afectiva y emocional en la vida del paciente?

Aquí es cuando se empiezan a ver las diferencias. Por eso eran importantes las ideas de Bleuer!?

Este enfoque supone aplicar todo lo que sabemos de la Psicología de la atribución al delirio y ver si los delirantes aplican las mismas reglas.

Postulados Básicos de la Teoría

Atribucional:

- Tendencia a buscar explicaciones causales, especialmente cuando los acontecimientos son anómalos, inesperados o incongruentes (ilusión de control).
- Diferencia de atribución entre:
 - ◆ Actor: atribución a causas situacionales (son los otros).
 - ◆ Observador: atribución a causas disposicionales (es él).
- Procesos de inferencia correspondiente: se asume que las acciones corresponden a intenciones y estas a disposiciones.
- Relevancia hedónica: el proceso anterior es mayor cuando la conducta afecta al bienestar del observador.
- Los delirios no se guían por algoritmos sino por heurísticos (atajos para llegar a conclusiones):
 - ◆ *Representatividad* : de las características del agente causal se desprende el resultado. Si mi novio me deja y eso me hace daño, la causa también será mala. Si me toca la lotería será porque me lo merezco. Etiología parecida al resultado.
 - ◆ *Disponibilidad*: se tienen en cuenta los sucesos más sobresalientes. Mi novio me deja la bronca de ayer.
 - ◆ *Simulación* : se toma como causa aquella para la que se pueda construir una imagen plausible. Me deja mi novio

(si es el típico tímido)
puede que no me lo imagine
con nadie, pero si va de rey
del mambo y me lo imagino
con otra ya pasa a ser una
posible explicación.

- ◆ *Anclaje y ajuste*: los juicios
iniciales son anclas para los
finales y se da poco peso a
la información nueva. La
primera hipótesis sesgará el
resto del proceso de
búsqueda de información
porque vamos buscando
siempre información
congruente. Esto es lo que
nos puede pasar si nada más
ver a un paciente le
clavamos la etiqueta del
diagnóstico.

El caso del ex – concejal del PP es un
ejemplo de utilización de este tipo de atajos.

En las personas delirantes hay un estilo
atribucional especial: delirios de persecución
y de grandeza.

- Fracaso o acontecimientos
negativos, atribuciones:
 - ◇ Globales
(generalización)
 - ◇ Estables
(generalización a
través del tiempo)
 - ◇ Externas (yo no soy
el responsable)
- Éxito o acontecimientos negativos,
atribuciones:
 - ◇ Globales
 - ◇ Estables
 - ◇ Internas

LAS IDEAS SOBREVAlORADAS

- Ideas más o menos plausibles,
afectivamente sobrecargadas que
tienden a preocupar y dominar.
- El motivo de la existencia. Es lo que
clásicamente se entendía como
pasiones, el resto de creencias
quedaría por debajo en la escala de
valores.
- Contenido social, político, religioso,

humanitario... más comprensibles o validadas desde el punto de vista psicológico.

- Proselitismo: intentar convencer a los otros de que la propia postura es la mejor
- Validación social.
- Comprensibilidad.

En los trastorno de alimentación una idea sobrevalorada puede ser tener un cuerpo perfecto. Estas ideas pueden incluso ayudar a la persona adaptativamente si están valoradas socialmente pero puede hacer que descuiden otras áreas de su vida.

Una idea sobrevalorada acerca de la salud podría estar a la base de un trastorno hipocondríaco, pero también aparecen en personas sin enfermedad.

LAS OBSESIONES

- Contenido de la conciencia, del que la persona no puede deshacerse, aunque se da cuenta de que es absurdo. Ideas intrusivas. Esta es la definición más ortodoxa, pero hay veces que la persona no reconoce lo absurdo de la idea, pero al menos al principio la consideró como absurda. Si el trastorno dura mucho tiempo llegará a pensar que eso es normal y que son los demás los que no lo ven claro.
- Tipos:
 - ◆ Imágenes
 - ◆ Ideas
 - ◆ Impulsos

Ej: una mujer que llevaba años sin poder abrazar a su madre, otro tenía la obsesión incontrolable (impulso incontrolado), imágenes que se entrometen de muertos, del diablo... todos tenemos a lo largo del día ideas intrusivas, muchas veces en nuestra vida pero igual que vienen, se van. Para estas personas es más bruto. El rollo es que un pensamiento no es ni bueno ni malo, pero con todo aquello de pecado de pensamiento, palabra, obra u omisión... esto es una fuente muy importante de patología y es un concepto que la gente tiene muy dentro. (El oso blanco o elefante rosa!!). además la

gente empieza a tener una imagen negativa de sí mismos por tener una determinada idea. Además está la idea de la fusión pensamiento/acción: la gente se cree que por pensar algo, acabará sucediendo, pero por mucho que tu te empeñes en pensar y pensar, no vas a aprender a tocar el piano ni vas a conseguir que te toque la lotería.

Las más frecuentes son las ideas y luego los impulsos.

TEMA 8 : PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

- Alteraciones de lenguaje hablado: concepto y clasificación
- Afasias en adultos (POR LIBRO)
- Tartamudez (no va)

TRASTORNO DEL LENGUAJE:

Es un deterioro deficiente de la comprensión y/o la utilización de un stma de símbolos hablados, escritos,... incluyendo la morfología, sintaxis, semántica, pragmática..

Clasificación etiológica:

- Alteraciones del SNC: AFASIA (la daremos con mayor profundidad), anartia, alexia, agrafia, disfasia adquirida, disartia, hipoacusia, audiomudez.
- Alteraciones funcionales: DISFEMIA, retraso simple, disfasia y dislexia evolutiva, dislalia funcional, disfonía... son alteraciones por sí mismas, no porque te ocurra algo
- Secundarias: retraso mental, autismo, esquizofrenia, depresión...debido a que tienes estas cosas, te sale un trastorno)

SE ESTUDIA POR EL LIBRO LAS AFASIAS Y DISFASIAS INFANTILES

TEMA 9 : ALTERACIONES PSICOMOTORAS Y DE LA CONDUCTA INTENCIONAL

EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIONES:

ALTERACIONES CUALITATIVAS Y

CUANTITATIVAS

La psicomotricidad se puede evaluar a nivel cuantitativo (número de movimientos que hace la persona). La alteración consiste en que la persona hace pocos movimientos, son muy lentos o también puede ser por lo contrario, es decir, una actividad motora exagerada o inapropiada.

La psicomotricidad también se puede evaluar desde el punto de vista cualitativo, que hace referencia a qué tipo de movimientos están alterados. Hay tres tipos de movimientos:

- ◇ Movimientos inducidos: aquellos que el examinador le pide.
- ◇ Movimientos involuntarios: aquellos que no se pueden controlar.
- ◇ Movimientos voluntarios: aquellos intencionados.

ASPECTOS CUANTITATIVOS:

RANGO DE ACTIVIDAD (ESQUEMA)

- Ausencia o reducción de actividad motora:
 - ◆ Acinesia
 - ◆ Parálisis
 - ◆ Cataplejía
 - ◆ Estupor
- Cuando el movimiento está enlentecido:
 - ◆ Retardo motor
 - ◆ Hipocinesia o Bradicinesia
 - ◆ Obstrucción
- Actividad motora excesiva o inapropiada:
 - ◆ Hiperactividad
 - ◆ Hiper kinesia
 - ◆ Agitación (raptus)
- **PARÁLISIS:** Ausencia de movimiento localizada en una zona concreta del cuerpo debido a un daño cerebral. No hay tono muscular

y los reflejos han desaparecido o disminuido notoriamente.

- **CATAPLEJÍA:** Pérdida momentánea e involuntaria del tono muscular. La conciencia de la persona está normal. Suele estar asociada a emociones intensas (risa o miedo). También puede darse en tumores cerebrales, traumatismos,...
- **ACINESIA:** Reducción del movimiento, de una parte del cuerpo en concreto, cuando la persona al caminar no se mueve rítmicamente. Suele ir acompañada de una falta de expresión facial. Esta alteración suele ser un efecto secundario de los fármacos neurolépticos pero también puede manifestarse en la esquizofrenia o en la depresión.
- **ESTUPOR:** Inhibición o retardo exagerado con ausencia o reducción drástica (hipocinesia) de respuestas, sin reacción a los estímulos exteriores. La conciencia y el pensamiento están alterados. También se da en la esquizofrenia catatónica; en este caso lo que sucede es que la persona está como ausente pero tiene los ojos muy vivos (es una contradicción). También se puede dar en la depresión.
- **ENLENTECIMIENTO:** Lentitud excesiva para iniciar, realizar y/o completar una actividad física. La persona comienza a hacer las actividades de una manera excesivamente lenta. Esta alteración no se debe a causas físicas sino que se da en trastornos físicos como son la depresión y esquizofrenia catatónica.
- **OBSTRUCCIÓN:** Detención brusca de la actividad. La persona está haciendo una actividad y, de repente, se para, deja de hacerla durante un tiempo y después continúa. Es como cuando la rueda de una bici está rodando y le pones un palo y se para.
- **BRADICINESIA O HIPOCINESIA:** Enlentecimiento

en inicio y cantidad de movimientos. A diferencia de la parálisis, no existe debilidad muscular. Es el enlentecimiento que se da en el Parkinson.

- **AGITACIÓN MOTORA:**

Sucesión rápida de gestos y movimientos sin un objetivo determinado (la persona no puede parar de moverse).

- **INQUIETUD MOTORA:**

Agitación motora en su grado más leve.

Se manifiestan de manera diferente dependiendo del trastorno

psicológico:

- ♦ *Trastornos de ansiedad:*
Inquietud motora (cuando la persona está inquieta en la silla, se retuerce las manos, mueve la pierna,..). (inquietud)
- ♦ *Depresión:* La persona se mueve mucho, el movimiento está acompañado de quejas o de lamentaciones. (inquietud)
- ♦ *Esquizofrenia catatónica:*
La persona sale del estupor gritando y huyendo de la situación (agitación)
- **HIPERACTIVIDAD:** Actividad intensa o excesiva. La persona hace muchas cosas a la vez. Se refiere a la descripción objetiva del comportamiento observable mientras que en la agitación hace referencia al estado psíquico que se demuestra en su expresión física.
- **ACATISIA:** Necesidad imperiosa de moverse; concretamente las piernas como efecto colateral de los neurolépticos (antipsicóticos). Es más la necesidad que otra cosa, ya que muchas veces no llegan ni a moverlas.

ASPECTOS CUALITATIVOS:
ALTERACIONES EN MOVIMIENTOS

(ESQUEMA)

- Inducidos:
 - ◆ Negativismo.
 - ◆ Obediencia automática.
 - ◆ Ambivalencia.
 - ◆ Perseveración.
 - ◆ Flexibilidad cescírea
 - ◆ Catalepsia.
 - ◆ Ecopraxia.
- Involuntarios:
 - ◆ Temblor.
 - ◆ Atetosis.
 - ◆ Corea.
 - ◆ Balismo.
 - ◆ Discinesia.
 - ◆ Distonia
 - ◆ Espasmos.
 - ◆ Convulsiones.
 - ◆ Tics.
 - ◆ Estereotipias.
 - ◆ Automatismos.
- Voluntarios y conducta intencional:
 - ◆ Manierismo.
 - ◆ Compulsiones.
 - ◆ Impulsos.
 - ◆ Evitación.
 - ◆ Conductas de comprobación.
 - ◆ Conductas de seguridad.
- **NEGATIVISMO:** Resistencia del paciente para realizar lo que se le pide. No es por voluntad sino porque no puede hacerlo. Se da en casos de esquizofrenia. Muchas veces en el intento hacen el movimiento contrario, parece algo reflejo, no voluntario (esquizofrenia catatónica).
- **OBEDIENCIA AUTOMÁTICA:** El paciente hace todo lo que el examinador le pide, sea lo que sea. Fue descubierto por Kraepelin, que le pedía a su paciente que sacara la lengua y cada vez le pinchaba con un alfiler; aún así el paciente continuaba sacándola cada vez que éste se lo pedía. (Esquizofrenia catatónica).
- **AMBIVALENCIA:** Realizan un movimiento y casi simultáneamente

el contrario. Algunos autores dicen que la ambivalencia es el paso previo al negativismo.

- **PERSEVERANCIA:** Incapacidad de cambiar de una tarea a otra. Tres tipos:
- Simple: La persona no puede dejar de hacer lo que está haciendo o lo que se le ha pedido que haga.
- Iterativa: La persona hace una actividad, para un momento y continua a la actividad, así continuamente. Es igual que la simple pero con tiempos de paro.
- Sustitutiva: Cuando a la persona se le pide que haga otra cosa de la que está haciendo pero continúa con su tarea. También se da en Esquizofrenia catatónica.

Modos de Perseveración:

- ◇ Reflejo de abrir: La persona coge cualquier objeto que se le pone en la palma de la mano, no puede evitar cogerlo, es un como el reflejo de prensión en los bebés.
- ◇ Asimiento forzado: Es lo mismo que el anterior pero el examinador le da la mano al paciente y le dice que la próxima vez no se la coja pero al rato cuando se la vuelve a dar, se la vuelve a coger.
- ◇ Signo del imán: El examinador coloca la palma de la mano en el dedo del paciente y éste sigue la palma de la mano como si fuera un hierro a un imán.

◆ FLEXIBILIDAD

CESCÍREA: Es una perseveración de la postura. El paciente conserva las posturas en las que el examinador le deja. Esquizofrenia catatónica.

◆ **CATALEPSIA:** Actitud inmóvil. Musculatura rígida, se le puede dejar en una postura y continúa así durante mucho tiempo.

◆ **ECOPRAXIA:** El paciente imita automáticamente los movimientos de otra persona como si fuera un espejo.

◆ **TEMBLOR:** Movimientos oscilatorios relativamente rítmicos, más evidentes en las zonas distales del cuerpo (Ej: dedos) aunque también se puede dar en todo el cuerpo (Ej: cuando se tiene mucho miedo). Tipos:

◇ *En reposo:*

Parkinson. El temblor aparece cuando esa parte del cuerpo está en reposo y desaparece cuando está en movimiento.

◇ *Postural:* Cuando se inicia una postura o se mantiene (Ej: estirar los brazos). Se da en síndromes de intoxicación y abstinencia y trastornos de ansiedad.

◇ *Intencional:* Cuando la persona inicia una acción más compleja. Se da en casos de temblor alcohólico, abstinencia y trastornos de ansiedad.

◆ **ATETOSIS:** Movimientos

lentos, repetitivos y serpenteantes. Recuerdan a los movimientos de los reptiles. Se dan en la lengua, cara o extremidades.

♦ **COREA:** Movimientos más bruscos y rápidos que en la atetosis.

♦ **BALISMO:** Movimiento violento de una extremidad.

♦ **DISCINESIA:**
Contracciones musculares involuntarias que acompañan a los movimientos voluntarios; aparecen cuando se le pide a una persona que haga una acción. (Ej: mover la comisura de los labios cuando se les pide que cierren los ojos). Puede ser una consecuencia a largo plazo de los neurolépticos.

♦ **DISTONIA:** Movimientos de mayor duración que los anteriores y que consisten en giros de cuello, arqueado de espalda, movimientos rotatorios de los ojos. Consecuencia neurolépticos.

♦ **ESPASMOS:**
Contracciones musculares involuntarias que se dan en cuadros epilépticos.

♦ **CONVULSIONES:**
contracciones bruscas y violentas de la musculatura voluntaria (músculos que normalmente se mueven por propia voluntad pero en ese momento no lo controlas). Asociados a cuadros epilépticos.

♦ **TICS:** Movimientos musculares locales (muy concretos) y rápidos que se manifiesta de manera involuntaria, inesperada, frecuente y sin propósito. Asociados a cuadros de ansiedad. Aparece cuando la persona está muy nerviosa y

cuando está pendiente de él.

♦ **ESTEREOTIPIAS:**

Movimientos que no están bajo el control de la persona; son repetitivos y sin finalidad aparente. (Ej: balanceo de los niños autistas). Mucho más complejos que los tics.

♦ **AUTOMATISMOS:**

Movimientos involuntarios realizados sin control consciente. Conciencia alterada, sonambulismo, mioclonus nocturno (sacudidas de las extremidades durante el sueño). Muchos de estos automatismos se dan cuando la persona está durmiendo.

♦ **MANIERISMO:** Conducta intencional dirigida a una meta (Ej: llamar la atención, exagerar las expresiones,...) y sin alteración de la conciencia. Modo de hacer las cosas con falta de naturalidad (Ej: dar un giro antes de sentarse).

♦ **COMPULSIONES:**

Rituales de carácter repetitivo que el paciente se siente obligado a realizar. Realiza estos rituales para centralizar una obsesión (Ej: comprobar el gas si está apagado, lamerse las manos repetidamente,...). Se da en el TOC.

♦ **IMPULSOS:** Tendencia irresistible a realizar una actividad. Son actos que se realizan sin reflexionar sobre las consecuencias que pueden tener. Síntomas fundamentales en los trastornos de control de impulsos (ludopatía, cleptomanía,...). La persona no puede evitarlo, tiene necesidad de hacerlo y

nunca piensa en las consecuencias.

- ♦ **EVITACIÓN:** Reacción comportamental que el individuo realiza ante un estímulo o situación que le produce miedo o angustia. Presente en las fobias.

- ♦ **CONDUCTAS DE COMPROBACIÓN:** Necesidad que tiene la persona de estar comprobando continuamente aquello que es el centro de sus preocupaciones (Ej: en un trastorno alimentario, el ritual de pesarse; en la hipocondría, la autoexploración constante).

- ♦ **CONDUCTAS DE SEGURIDAD:** Comportamientos que la persona realiza para reducir los riesgos de que lo que teme suceda (Ej: en el trastorno de pánico llevar un móvil para poder avisar, sentarse cerca de la salida,...; en la fobia social, llevar ropa que impida que se le note el sudor).

ALTERACIONES EN LOS MOVIMIENTOS EXPRESIVOS

O DE LA MÍMICA.

- ♦ Los movimientos, las posturas y los gestos configuran el lenguaje no verbal de la comunicación (los movimientos oculares, dirección de la mirada, expresión facial,...)

- ♦ Las alteraciones de la expresión facial son las siguientes:

- ♦ **HIPERMIMIAS:**

Expresión exagerada

- *Generalizadas:*
Participan todos los

músculos de la cara y la mirada está distraída.
· *Polarizadas:* Participan solo unos músculos determinados de la cara y suelen expresar un estado afectivo monotemático (Ej: angustia).

♦ **HIPOMIMIA Y**

ANIMIAS: La hipomimia es la expresión mínima (por debajo de lo normal) y la animia es la ausencia total de expresión.

♦ **DISMIMIAS:** Expresión facial inadecuada

· *Paratimias o mímicas discordantes:* es una discordancia entre la expresión facial y la expresión verbal.

· *Mimias reflejas o ficticias (econimia):* reproducir expresiones que realiza el examinador u otra persona que tenga delante como si se tratase de un espejo.

TEMA 10 : **PSICOPATOLOGÍA DE** **LA CONCIENCIA Y LA** **IDENTIDAD**

Este tema es bastante complicado x lo q lo vamos a simplificar, lo q pasa es q ni si quiera sabemos lo q es la conciencia. Según Wundt la Psicología es la ciencia q estudia la conciencia y lo más cachondo del tema es q ni si quiera sabemos lo q es. Los funcionalistas y los estructuralistas renegaron de ella xq decían q no nos llevaba a ningún sitio, x eso se limitaron a la conducta observable (libro: Crick la búsqueda científica del Alma lo q se ha traducido como alma, en realidad se refiere a la conciencia. Según Pinillos la conciencia juega al escondite con los psicólogos xq cuando se pretende estudiarla no hay forma, y cuando pasamos de ella sale x todas partes!).

Nosotros nos vamos a centrar solo en la conciencia (nivel de alerta / vigilia). Este tema está en el librito de prácticas.

CUANDO LA **CONCIENCIA SE** **ALERTA**

Cuando el nivel de conciencia no es el adecuado, todos los demás procesos psicológicos funcionarán mal, todo estará alterado y cuanto más grave sea el problema de conciencia, más graves serán los déficit. Por eso podemos inferir un déficit de conciencia por la

generalización de los síntomas. Cuando pasa esto, la persona es incapaz de hacer introspección y de describir su estado. Por eso habrá que valorar muchas cosas, al menos:

- ◇ Capacidad atencional: a menor nivel de conciencia, mayor déficit atencional. Es de los primeros procesos que se alteran.
- ◇ Conducta motora: aquí hay una gran variedad de posibilidades enlentecimiento (hasta acinesia) y agitación.
- ◇ Reactividad afectiva y humor: problemas para expresar emociones, labilidad afectiva, hostilidad e incluso agresividad.
- ◇ Presencia de síntomas psicóticos: en casos muy graves pueden aparecer delirios y alucinaciones.
- ◇ ¿Existen enfermedades médicas?. Hay que valorar si existen factores biológicos que lo estén provocando.
- ◇ ¿Existe consumo o cambios en farmacoterapia?

ALTERACIONES CUANTITATIVAS
ALTERACIONES CUALITATIVAS

- ◇ Obnubilación
- ◇ Somnolencia

◇ Coma

Nosotros solo vamos a ver los estados que indican morbidez, pero hay muchos otros: hipnosis, nirvana... no patológicos.

FALTA 7/01/04

CONCIENCIA DEL SÍ MISMO

- ◆ Sí mismo como distinto del mundo.
- ◆ Sí mismo como actor.
- ◆ Sí mismo como unitario.
- ◆ Sí mismo como experimentador de la realidad.

Confusión de los límites del sí mismo.

Pérdida de la atribución personal: El sí mismo no se autorreconoce como tal, cuando actúa, piensa, siente...

Se ha perdido la cualidad personal de las propias actividades.

Hipnosis zombi, revelaciones...

Esquizofrenia: delirios de pasividad o delirios de control no reconocen a la persona como actor o autor de sus acciones o pensamientos.

DISOCIACIÓN DEL YO. **DISOCIACIÓN DEL AFECTO.**

Deterioro de la unidad del self: deterioro o excisión en la unidad del propio yo, común en situaciones de

emergencia o amenaza.
Patología más grave donde
esto se refleja, trastorno de
personalidad múltiple.

Deterioro unidad del self II:
división del ego o
disociación del yo, división
del afecto

Disociación del Yo:

- ◇ Sensación de
desapego,
separación.
- ◇ No se habla de una
experiencia
psicótica, no dice
ser otra persona, es
ella misma.
- ◇ Como si estuviera
fuera de mi mismo
y pudiera
observarse del
mismo modo que
observa a los
demás. Sabe que es
una locura pero se
siente así.
- ◇ No anomalías
perceptivas
- ◇ Típico en
situaciones de
ansiedad social/de
ejecución.

Deterioro de la unidad del
self III:

Disociación del afecto:

- ◇ sensación de
irrealidad ante una
pérdida afectiva o
una catástrofe vital
antinatural, calma
embotadas, máquina
- ◇ mecanismo de
defensa
- ◇ adaptativo (en
principio):
podemos reaccionar
sin que la emoción

nos paralice.

- ◇ Estudios:
normalmente
cuando existe una
disociación muy
intensa y
prolongada hay una
mayor probabilidad
que en un futuro
existan problemas
como depresión o
TPET.

DESREALIZACIÓN. **DESPERSONALIZACIÓN**

Anomalías en la forma de experimentar la propia realidad y la del entorno: falta de convicción de la realidad del propio yo y/o del entorno, sensación incómoda de cambio y extrañezas.

Despersonalización: pérdida de experiencia de la realidad.

- Sensación subjetiva de extrañeza, cambio o irrealidad con respecto a uno mismo.
- El insight se conserva íntegro.
- Eventos desencadenantes:
 - ◆ posi
lote
amo
 - ◆ nega
drog
esqu
depr
estré
- Continuo de gravedad: delirio de

negación:
ya no
hablaríamos
de
despersonalización
(es el
extremo
negativo).

Desrealización:

- sensación de cambiar el entorno.
- diferencias en la cualidad de lo percibido.
- subjetivo: no hay distorsión perceptiva.

IDENTIDAD: otros
aspectos a explorar

◇ Autoestima

- ◆ valor que la persona da a su propia identidad
- ◆ medida en que se aproxima al ideal

◇ Imagen o esquema corporal

- ◆ representación de

TEMA 11:
PSICOPATOLOGÍA DE
LAS EMOCIONES Y
LOS AFECTOS.

CONCEPTOS

FALTA 17/11/03

ALTERACIONES
CUALITATIVAS

- ◇ Labilidad afectiva:
rápidos cambios en
el EA, las
emociones duran
poco tiempo y se
pasa rápidamente a
la emoción
contraria. Estos
cambios pueden
estar provocados o
no por estímulos
externos.

Con frecuencia esta
asociada a incontinencia
afectiva.

- ◇ Incontinencia

afectiva: falta de control de la expresión afectiva. Las emociones surgen rápida e intensa entre: diferencia con crisis patológica y llanto está la mímica pero no la emoción concomitante

◇ Ambivalencia afectiva:

◇ Rigidez afectiva: los sentimientos persisten con independencia de la situación. Déficit en la capacidad de modulación afectiva.

◇ Indiferencia afectiva: la persona no puede modular la emoción porque no existe la capacidad de expresar una emoción o ausencia de emoción... que es una dificultad en responder afectivamente y modular la respuesta emocional (Ej: bella indiferencia, apatía, afecto embotado)

◇ Paratimia. afecto discordante = inadecuación afectiva: Ej: contar la muerte de tu padre riéndose.. el afecto es discordante o inadecuado con el contenido de la vivencia o el contexto en el que se produce

◇ Anhedonia: incapacidad para

experimental placer.
La persona no
disfruta de las
cosas.

◇ Aprosodia:
modulación de la
voz (Ej: capulla!
pero dicho en tono
cariñoso).

Trastorno del lenguaje
afectivo referido a prosodia
y modulación emocional.

Modifica esencialmente la
comunicación emocional.

Características de lesiones
en el hemisferio derecho.

◇ Alexitimia:
contenido de las
palabras.

Falta de palabras para las
emociones. Incapacidad
para expresar los afectos a
través de las palabras.
Etimológicamente: falta de
palabras para las palabras.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD.

ANSIEDAD:

Componente habitual de :

- ◇ La mayoría de los
trastornos mentales.
- ◇ Muchas
enfermedades
físicas (Ej: cáncer).
- ◇ Muchas situaciones
de la vida cotidiana.
- ◇ Los
TRASTORNOS de
ANSIEDAD.

Por tanto, es necesario
distinguir entre:

Tienen la misma raíz
indogermánica: ANGH =
estrechez, constricción,

malestar.

Latín: anxietas / angor

Francés: anxieté / angoiisse

ANSIEDAD: predominio de componentes psíquicos.

ANGUSTIA: predominio de componentes físico.

Distinción más psiquiátrica que psicológica. En Psicología, no se distinguen, se hace uso indistinto.

Tradicionalmente:

MIEDO: Estímulo amenazante externo e identificable.

ANSIEDAD: Estado emocional difuso ante un estímulo no identificable.

¿ Siempre se pueden reconocer los estímulos?
No.

EPSTEIN:

MIEDO: Impulso (drive) que lleva a conductas de evitación o escape.

ANSIEDAD: Estado de activación sin dirección específica tras l apercepción de la amenaza.

BARLOW: (más actual)

MIEDO: Alarma primitiva como respuesta a un estímulo presente, con activación y afecto

negativo.

Componentes más

biológicos.

ANSIEDAD: (Aprensión nerviosa): combinación difusa de emociones orientada hacia el

Futuro. Expectativa anticipatoria.

Componentes más cognitivos.

Estructura cognitiva–afectiva difusa

En general:

- ◇ Emoción básica importante para las acciones del ser humano.
- ◇ Sistema de alarma que se dispara ante la presencia de un peligro.
- ◇ Existe un objeto identificable.
- ◇ Existe un objeto identificable.
- ◇ Valor para la supervivencia, siempre que sea en la cantidad adecuada.
- ◇ Utilidad:
 - Señala la existencia de un peligro.
 - Activa los sistemas de alerta y la energía necesaria para hacerle frente.
 - Promueve precaución y prudencia.
- ◇ Emoción parecida al

miedo.

- ◇ El peligro es más difícil de identificar.
- ◇ Está orientada al futuro, no al presente.
- ◇ Relacionada con la posibilidad de control y predicción de los acontecimientos.
- ◇ Afecta al rendimiento:
 - Perturbándolo
 - Facilitándolo (nivel adecuado de ansiedad = activación).

MARKS: Requisitos para que un miedo se considere como fobia.

- ◇ El miedo es desproporcionado con respecto a la situación.
- ◇ Lleva a evitar o escapar de la situación.
- ◇ No puede explicarse mediante argumentos lógicos. Es irracional y se es consciente de ello.
- ◇ Escapa al control voluntario.
- ◇ Produce malestar.

¿Es necesaria la EVITACIÓN para hablar de FOBIAS? No, hay personas que soportan la situación pero con un malestar clínicamente significativo.

ANSIEDAD PATOLÓGICA.

Características conceptuales de Ansiedad Patológica:

Reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del SNA.

SPIELBERGER,
POLLANS Y WORDEN,
1984

Reacción autónoma de un organismo tras la presentación de un estímulo nocivo

WOLPE, 1979

- ◊ Naturaleza anticipatoria.
- ◊ No adaptativa.
- ◊ Desproporcionada.
- ◊ No realista (componente irracionalidad, falta de lógica).
- ◊ Produce sufrimiento (búsqueda de ayuda)
- ◊ Implica, al menos, tres componentes (o sistemas de respuesta):
 - Cognitivo
 - Físico (somático)
 - Motor (conductual)

Pueden aparecer o no conjuntamente.

COMPONENTES DE LA ANSIEDAD.

TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTAS

La ansiedad no es un fenómeno unitario.

Ansiedad:

- cognitiva–subjetiva
- física–somática
- motor–conductual

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.
- ◇ Estado emocional desagradable, distinto de la ira o la tristeza, aunque parecido al miedo.
- ◇ Es el elemento central de la clínica.

SISTEMA

FISIOLÓGICO–SOMÁTICO

Cambios físicos relacionados con la hiperactivación del SNA:

- ◇ Cambios externos (visibles): sudor, dilatación pupilas, temblor, aumento tensión muscular, palidez.
- ◇ Cambios internos: aceleración cardíaca, respiratoria (disnea), menor salivación.

Algunos dependen del control voluntario (agitación, respiración), y otros no (temblor, vómitos, palpitaciones).

SISTEMA **MOTOR-CONDUCTUAL**

Componente observables de comportamiento del individuo:

- Expresión facial.
- Movimientos o posturas corporales características (agitación, forma de vestir).
- Escape o huida.
- Evitación.

DISOCIACIÓN ENTRE **LOS TRES SISTEMAS:**

Los tres sistemas pueden estar disociados: fraccionamiento de respuestas.

Un sistema puede predominar sobre otro: diferencias individuales en el perfil básico y/o predominante.

Importancia:

- ◆ Diagnóstica: diferenciación grupos de pacientes
- ◆ Terapéutica: desarrollo de intervenciones específicas según el patrón predominante de respuestas.
- ◆ Pronóstico: alta concordancia, buen pronóstico.... si se dan los tres sistemas a la vez y en la misma intensidad.

TEORÍAS **EXPLICATIVAS DE LOS** **TRASTORNOS DE**

ANSIEDAD.

TEORÍA DE FREUD: DE LA NEUROSIS A LA ANSIEDAD

A la neurosis antes se le llamaba ansiedad; la neurosis es un término utilizado por CULLEN (S. XVIII) Irritabilidad, nerviosismo, producido por alteraciones del SN

En el s. XX, es entendida como opuesto a la psicosis:

- Contacto intacto con la realidad.
- Ausencia de violación de normas sociales.
- Autoreconocimiento de síntoma como inaceptable.
- Foco del problemas: malestar /sufrimiento personal.

Autores fundamentales en el desarrollo de la neurosis: Freud, Eysenck.

La teoría freudiana sobre la etiología de los trastornos de ansiedad se basaba en las tres instancias psíquicas denominadas: ello, yo y superyo.

Ansiedad entendida como una reacción del yo a las fuerzas instintivas del ello que no podría ser controladas. La ansiedad fue entendida por Freud como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo.

La Ansiedad neurótica, se produce, según Freud, porque las personas hacemos una materialización de impulsos agresivos y sexuales como conductas. Pero a veces las conductas son castigadas, y la persona siente ansiedad objetiva. Pero a veces, esa ansiedad objetiva se experimenta tan sólo al recordar esas conductas que han estado castigadas... y lo que pasa es que la persona tiene en ese momento, una experiencia desagradable y tratamos de olvidar ese recuerdo (reprimirlo) por su necesidad de afrontarla.

Pero la represión a veces no es completa y no puede evitar que salga ese material a la conciencia (fragmentos del material reprimido o representaciones simbólicas del material reprimido), estos fragmentos simbólicos producen ansiedad.

CONDICIONAMIENTO
CLÁSICO: WATSON Y
RAYNER (1920)

Es el primer modelo conductual sobre la génesis de fobias específicas, es la base de posteriores formulaciones experimentales: Wolpe, Rachman,...
Condicionamiento pavloviano: el pequeño Albert

La ansiedad es una respuesta emocional condicionada.

◇ Equipotencialidad:
cualquier EC puede

- ser condicionado.
- ◇ La repetición EI-EC aumenta la fuerza de RC.
- ◇ Aumenta intensidad del miedo natural inducido por EI, mayor RC de miedo.
- ◇ Generalización: en situaciones similares a EC pueden elicitar RC (+ similitud + reacción de miedo).

Deficiencias de esta teoría:

- ◇ No se da la equipotencialidad.
- ◇ No hay una necesidad de presencia de estímulos traumáticos (aparición gradual se ha dado).
- ◇ No todos los estímulos traumáticos llevan a condicionamientos de miedo.
- ◇ Si no hay EC-EI, la RC se debe extinguir, pero las fobias no siguen este patrón (crítica + fuerte) porque lo que le pasa realmente es que cada vez coge más miedo.
- ◇ Paradoja neurótica: en los TA, la ansiedad se mantiene o aumenta sin condiciones de refuerzo.

CONDICIONAMIENTO
CLÁSICO Y OPERANTE.
MODELO BIFACTORIAL
MEDIACIONAL DE
MOWRER (1939-1960)

Establecimiento de la
ANSIEDAD: Dos fases.

PRIMERA FASE:
CONDICIONAMIENTO
CLÁSICO.

- ◇ Se establece RC por condicionamiento clásico.
- ◇ RC adquiere propiedades del drive secundario puede mediar e iniciar R instrumental de escape/evitación.

SEGUNDA FASE:
CONDICIONAMIENTO
INSTRUMENTAL.(Evitación activa)

- ◇ Evitación: se aprende a escapar de la exposición del EC.
- ◇ Evitación: reducción al miedo refuerzo negativo se mantiene la evitación.

Insuficiencias del modelo:

- ◆ Las respuestas 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 también la evitación.
- ◆ Aunque se extinga la evitación, puede seguir habiendo miedo (Ej: las respuestas autónomas de miedo).
- ◆ La analogía entre evitación y fobia no es correcta y es poco relevante en la clínica.

TEORÍA DE LA
PREPARACIÓN

¿Por qué las fobias se asocian a unos estímulos y no a otros?

MARKS:

Estímulos prepotentes:
estímulos que por su valor evolutivo elicitán respuestas elevadas de atención y activación.

SELIGMAN:

Estímulos preparados:
Estímulos biológicamente primado para ser asociado a determinadas respuestas (Ej: miedo o aversión).

Preparación Vs.
Vulnerabilidad = Filogenia
Vs. Ontogenia

Significado
biológico–evolutivo de la
preparación. Continuo de
preparación:

Preparación No preparación
Contrapreparación

**Características de las fobias
(SELIGMAN)**

- ◇ Selectividad
(número limitado de
estímulos: espacios
abiertos, alturas,...)
- ◇ Fácil adquisición.
- ◇ Resistencia a la
extinción.
- ◇ Irracionalidad.

**PRECISIONES DE
OHMAN:**

Diferencias en las fobias
según su significado
filogenético.

MIEDOS
INTRA–ESPECÍFICOS:

- ◇ Ej: fobias sociales.
- ◇ Miedo a estímulos difusos.
- ◇ Controlados por PI automático, más reflexivo.
- ◇ Menos relevantes los patrones de evitación.
- ◇ Estímulos preparados: expresiones faciales.
- ◇ Inicio tardío.
- ◇ Origen: sistema de dominancia–sumisión: conducta agresiva intra–específica.

MIEDOS

ENTRE–ESPECÍFICOS:

- ◇ Ej: fobias a los animales.
- ◇ Miedo a estímulos más puntuales.
- ◇ Controlados por PI automático, menos reflexivo.
- ◇ Relevantes los patrones de evitación.
- ◇ Estímulos preparados: depredadores.
- ◇ Inicio temprano (7–8 años).
- ◇ Origen: defensa a los depredadores.

TEORÍA DE LA INCUBACIÓN DE EYSENCK.

FACTORES DE VULNERABILIDAD:

- ◇ Personal: Ej: neuroticismo.
- ◇ Filogenética: Ej: preparación.

INCUBACIÓN COMPLEMENTARIA A EXTINCIÓN:

- ◇ Presentación sucesiva no reforzada de EC: extinción.
- ◇ Las fobias no se extinguen en ausencia de refuerzo.
- ◇ Las fobias no se adecuan a la ley de extinción.
- ◇ La extinción no es una reacción universal ante presentaciones de EC no reforzados.
- ◆ NEUROSIS: exposiciones no reforzadas de EC--- no extinción----- a veces aumento de intensidad de RC----- INCUBACIÓN.
- ◆ Respuesta paradójica: respuesta que se auto-refuerza con el paso del tiempo, sin condiciones que la refuercen. ¿Por qué? Porque la ansiedad se adquiere y mantiene según el condicionamiento Pavloviano tipo B.

TEMA 12 :
PSICOPATOLOGÍA DE
LAS EMOCIONES Y
LOS AFECTOS (II).

CLASIFICACIONES
DICOTÓMICAS.

- ◇ Endógena o melancólica: Se creían que claramente tenía una etiología orgánica. Patrón específico de síntomas (vegetativos) más graves que recurrentes.
- ◇ Reactiva: más psicológica, no tan

grave, no tan
recurrente y no útil.

- ◇ Psicótica: Cuando cursa con delirios y alucinaciones que sean o no congruentes con el estado de ánimo.
- ◇ Neurótica: no utilizable, más ligera, no tan intensa (hoy en día no se usa)
- ◇ Unipolar: Solo historia de episodios depresivos.
- ◇ Bipolar: Presencia de al menos un episodio maniaco.

- ◇ Primaria: Trastorno del estado de ánimo aislado, sin presencia actual o pasado de otro trastorno mental.
- ◇ Secundaria: Trastorno médico o mental que antecede o coexiste con el EA.

CLASIFICACIÓN ACTUAL DSM-IV.

- ◇ Trastornos depresivos:
 - Depresión Mayor: es mas grave, puede ser más o menos corto pero lo que más importa es la intensidad.
 - Episodio único.
 - Recurrente.
 - Distimia: tiempo

prolongado
(al menos 2
años para
poder ser
diagnosticado);
los síntomas
no son muy
graves pero
son
persistentes.

◇ Trastornos

Bipolares:

- Bipolar I:
manía y
DM;
especificar
EA actual
(todas las
combinaciones
posibles con
la manía, es
decir:
hipomanía–manía,
manía–depre;
manía).
- Bipolar II:
solo
hipomanía,
nunca
manía
completa
(hipomanía;
hipomanía–depre).
La
hipomanía
se
diferencia
de la manía
en la
intensidad
de la
sintomatología
ya que no
requiere una
hospitalización
ni tiene
síntomas
psicóticos
como se dan
en la manía.
- Ciclotímico:
hipomanía,

no DM, 2
años y
menos
grave
(nunca se
dará
conjuntamente
con depre,
sino sería
un bipolar
II).

- ◇ Debidos a condición médica.
- ◇ Inducidos por sustancias.
- ◇ No especificado.

DEPRESIÓN: SÍNTOMAS.

- ◇ EA deprimido (tristeza).
- ◇ Anhedonia: incapacidad de disfrutar con las cosas que anteriormente lo hacía.
- ◇ ES IMPRESCINDIBLE QUE PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN SE DÉ TRISTEZA O ANHEDONIA.
- ◇ Cambios de peso y/o apetito (también puede ocurrir al contrario aunque es menos frecuente).
- ◇ Trastorno del sueño (insomnio, hipersomnia,...)
- ◇ Trastornos motores: retardo o agitación.
- ◇ Fatiga o pérdida de energía.
- ◇ Sentimientos de falta de valía, autoreproches o culpa.
- ◇ Dificultades de concentración.

- ◇ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

MANÍA: SÍNTOMAS.

- ◇ EA *irritable*, *suspica*, eufórico, expansivo, egosintótico (no molesta a la persona). El paciente diagnosticado de manía debe tener un estado de ánimo irritable, o bien, expansivo.
- ◇ Hiperactividad, aceleración, *agitación* (pueden estar o no).
- ◇ Cambios de peso y/o apetito. Tienen patrones muy alterados de alimentación: sólo comen alimentos verdes o alargados o galletitas,... pueden afirmar que no necesitan comer...
- ◇ Trastornos del sueño. Suelen afirmar que no tienen necesidad de dormir, lo ven como una pérdida de tiempo.
- ◇ Aumento del umbral para la fatiga física. No se sienten nunca cansados.
- ◇ Sentimientos de exceso de valía, delirios de grandeza, prodigalidad (trato con los demás encantador, desinhibido, poco convencional,...).

- ◇ Dificultades de concentración, logorrea, fuga de ideas, incoherencia.
- ◇ Relaciones interpersonales difíciles: baja tolerancia a la frustración, resistencia a que se les contradiga, tozudez.

DEPRESIÓN: TEORÍAS PSICOLÓGICAS.

◆ PSICODINÁMICAS:

Freud; formulaciones actuales.

◆ CONDUCTUALES:

Ferster; Lewinshon (1974, 1976)

◆ COGNITIVAS:

◆ P.I. Beck; Kuiper; Ingram; Teasdale.

◆ Social-Cognitiva: Teoría de la desesperanza.

FREUD: DUELO Y MELANCOLÍA (1917)

- ◆ Tristeza y dolor profundo
- ◆ Falta de interés por el mundo
- ◆ Pérdida de capacidad de amar
- ◆ Inhibición de la

En la melancolía, además se dan otros problemas, que son lo que realmente diferencian el duelo y la melancolía:

Freud intentará explicar la melancolía porque el duelo lo considera una reacción normal ante una pérdida.

1.- Formación de relaciones interpersonales dependientes. (Puede ser objeto, persona, situación,...). la persona lo ha asumido dentro de su identidad.

2.- Introyección del/lo amado. (Yo soy... en función del objeto).

3.- Pérdida.

4.- Hostilidad hacia la pérdida. (La primera reacción ante una pérdida es enfadarse, sentir rabia).

5.- Introyección: hostilidad hacia sí mismo.

TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN.

BASE TEÓRICA:

Condicionamiento
Operante.

IDEA CENTRAL (SKINNER, 1953):

La depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Ch. FERSTER (1965,1973)

Punto de partida de todas las teorías conductuales.

- ◇ La depresión surge de la ruptura de la relación R-Rfo.
- ◇ Síntoma típico: DÉFICIT CONDUCTUAL
 - Reducción generalizada de frecuencia de conductas reforzadas positivamente, que sirven para controlar el medio.
 - Aumento excesivo de conductas de evitación/escape ante estímulos aversivos.

ETIOLOGÍA:

- ◆ Cambios inesperados y rápidos en el medio que suponen pérdida de fuentes de reforzadores.
- ◆ Programas de refuerzo de gran coste (grandes cambios de conducta para producir consecuencias deseables).
- ◆ Imposibilidad de desarrollar repertorios de conductas (por A+B)
- ◆ Repertorios de observación limitados que provocan distorsiones de la realidad.

LEWINSHON

Depresión: Respuesta a la pérdida o falta de refuerzos contingentes a la conducta.
¿Por qué? Porque:

- ◆ El ambiente en el que vive la persona no es reforzante.
- ◆ Falta de habilidades para obtener refuerzos del ambiente.
- ◆ Incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles.

TEORÍAS COGNITIVAS DE LA DEPRESIÓN.

A.T. BECK:

- ◇ Depresión: distorsión o sesgo sistemático en el PI tras pérdida o fracaso, valorado excesivamente (global, frecuente e irreversible).
- ◇ El procesamiento sesgado conduce al resto de los síntomas depresógenos.
- ◇ SE produce en personas vulnerables: esquemas depresógenos.

*** TRIADA COGNITIVA:**

Visión negativa del futuro, de uno mismo y del mundo.

- ◇ Dimensiones de Personalidad que son factores de vulnerabilidad a la depresión:
 - Sociotropía: hiper-valoración de relaciones interpersonales, dependencia social para la auto-valoración.
 - Autonomía:

independencia,
libertad de
acción, vida
privada,
autodeterminación.

◇ **ERRORES**

COGNITIVOS:

- *Inferencias arbitrarias:*
concluir sin evidencias o con evidencias contraria. Saber de antemano.
- *Abstracción selectiva:*
valorar algo por un detalle ignorando otros más relevantes.
- *Generalización excesiva:*
conclusión a partir de hechos aislados y aplicación a otros hechos relacionados y no relacionados.
- *Magnificación–minimización:*
error al valorar la importancia o magnitud de un suceso. Se magnifican los hechos negativos y se minimizan los positivos.
- *Personalización:*
auto–atribución

excesiva.
· *Pensamiento
absolutista*
y
dicotómico:
clasificación
y
auto-adscripción
de extremos
negativos.

**TEORÍA DE LA
DEPRESIÓN POR
DESESPERANZA:**
(COGNITIVO-SOCIAL)

◇ ANTECEDENTES:

· INDIFERENCIA
APRENDIDA
Q
DESAMPARO
(SELIGMAN,
1975)

- Experimenta
animal:
experimento
con
animales
sometidos
a
descargas
y
sin
escapatoria,
también
se
experimentó
con
humanos
en
campos
de
concentración
- Explicación
del
tipo
cognitivo:
Las
expectativas
(aprendidas)
a
No
control,

causa
suficiente
de
depresión
en
humanos.
(El
hecho
de
pensar:
haga
lo
que
haga,
no
puedo
escapar,
nada
va a
cambiar,
...)

· TEORÍA
REFORMULADA
DE LA
INDEFENSIÓN
(ABRAMSON,
SELIGMAN,
TAESLADE,
1978)

- Baja autoestima.
- Auto-inculpa por fracasos y fallos.
- Cronicidad y generalidad déficits depresivos.
- Estado de ánimo depresivo como síntoma clave.

Las situaciones
incontrolables promueven la
búsqueda de explicaciones

(ATRIBUCIONES CAUSALES)

El papel de las atribuciones sobre la falta de control.

- ◇ Factores internos:
descenso de la autoestima.
- ◇ Factores estables:
expectativa de la incontrolabilidad en el futuro.
Autoinculpación por fallos.
- ◇ Factores globales:
generalización de la incontrolabilidad a otras situaciones
indefensión
generalización de los déficits depresivos a otras situaciones.

SEGUNDA REFORMULACIÓN: TEORÍA COGNITIVA-CONDUCTUAL DE LEWINSHON

Parte de sus planteamientos comportamentales incluyendo mediadores cognitivos para explicar la depresión (Ej. Autoconciencia).

" Cine: Drácula de Coppola
: se puede apreciar el trato a los enfermos.

" Cine: *Despertares* con Robby Williams.

&Libro: *Demencia y otras esquizofrenias*.

" Cine: Alguien voló sobre el nido del cuco

" Cine: Las tres caras de

Eva.

Psicopatología General

**ATENCIÓN =
CONCIENCIA**

**ATENCIÓN =
CONCENTRACIÓN**

**ATENCIÓN =
ORIENTACIÓN**

PÉRDIDA

Tiempo transcurrido

Intervalo preparatorio

DESARROLLO

**ALUCINACIONES
VISUALES**

**ALUCINACIONES
AUDITIVAS**

**ALUCINACIONES
OLFATIVAS**

**ALUCINACIONES
GUSTATIVAS**

**ALUCINACIONES
SOMÁTICAS O
VISCERALES**

**VARIANTES DE
ALUCINACIONES**

PSEUDOALUCINACIONES

DESARROLLO

**PARAMNESIAS:
ALTERACIONES EN EL
RECUERDO**

**PARAMNESIAS:
ALTERACIONES DEL
RECONOCIMIENTO**

DESARROLLO

PSEUDOPERCEPCIONES

ALUCINACIONES

SUGESTIONABILIDAD

IMÁGENES MENTALES

AMNESIAS

FUNCIONALES

AMNESIAS **ORGÁNICAS**

DESARROLLO

POSTURAS CLÁSICAS:

PENSAMIENTO

ESQUIZOFRÉNICO

ANDREASEN ('79):

ALTERACIONES EN EL

DISCURSO;

CATEGORÍAS PARA

EVALUAR EL DISCURSO

INDIVIDUAL.

AUSENCIA O

REDUCCIÓN

ACTIVIDAD EXCESIVA

O INAPROPIADA

ENLENTECIMIENTO

MOVIMIENTOS

INDUCIDOS

MOVIMIENTOS

INVOLUNTARIOS

MOVIMIENTOS

VOLUNTARIOS E

INTENCIONADOS

Ética = conocimiento

LUDWIG:

CARACTERÍSTICAS DEL

PENSAMIENTO

FORMAL.

COMUNICACIÓN
DEVIADA

**ENFOQUE INDIVIDUAL
ESTÁTICO**

**ENFOQUE
INTERACCIONAL
ESTÁTICO**

**ENFOQUE
INTERACCIONAL
GENÉTICO**

Ansiedad Normal Vs.
Ansiedad Patológica.

Ansiedad Vs. Angustia

Ansiedad Vs. Miedo

Puede estar asociada a
cualquier situación.

Puede haber diferencias
individuales.

IEDO

ANSIEDAD

Ansiedad Vs. Fobia

DESARROLLO

**LA POSTURA DE
MAHER**

**DELIRIO COMO
ALTERACIÓN DEL
PENSAMIENTO
FORMAL**

(Garety y Hemsley)

**EL DELIRIO DESDE LA
TEORÍA
ATRIBUCIONAL:
SUPUESTOS DESDE
LAS TEORÍAS
ATRIBUCIONALES.**

- ◇ Delirium
- ◇ Confusión
- ◇ Estado crepuscular
- ◇ Estados oniroides
- ◇ Estupor
- ◇ Situación
parasómnica

TEORÍAS CLÁSICAS

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

EI (nocivo)

EC (neutro)

RI (miedo)

RC (miedo)

Miedo

Refuerzo de evitación

Evitación

Reducción de miedo

TIPO A

TIPO B

Motivación manipulada
desde fuera

RC distinta RI

Funciona Ley extinción

Motivación manipulada
desde dentro

RC similar RI

NO Funciona Ley extinción

INCUBACIÓN

Tipo de exposición del EC
si es corto

Fuerza de EI y RC si son

intensas

**D.I. sistema
neuroendocrino, niveles
neurolépticos: ACTH,
Vasopresina,...**

Variables de personalidad:
neuroticismo,
introversión,...

Unipolar– Bipolar

Primaria– Secundaria

DESARROLLO

Duelo Melancolía

Respuesta a pérdida
Respuesta a pérdida no

(cualquier cosa) reconocida
(conciencia)

Disminución autoestima:
autorreproches y
expectativas irracionales de
castigo inmediato.

**ETIOLOGÍA DE LA
MELANCOLÍA**

ESQUEMA

SÍNTOMAS

DEPRESIVOS

Diatesis cognitiva =
vulnerabilidad

Causas próximas

Causa suficiente

Causas distantes

OTRAS CAUSAS

Tríada cognitiva
(contenido)*

Errores cognitivos (forma)

Suceso percibido como
pérdida

(ESTRÉS)

Suceso vital negativo

ACTIVACIÓN

Esquemas depresógenos

Esquema personalidad

Interrupción de patrones
automáticos de respuesta.

Tasa de refuerzo positivo ó
experiencias negativas

Predisposición/Vulnerabilidad/

Inmunidad personal

Consecuencias: conducta,
cognición, emoción,
somáticos, interpersonales

Disforia

Depresión

Probabilidad de
autoevaluación negativa,
autocrítica, expectativas
negativas, ...

Autofocalización

Autoconciencia

ANTECEDENTES:

Sucesos que causan
depresión

Endógena– Reactiva

Psicótica– Neurótica