

UNIDAD I: PSICOPATOLOGÍA.

TEMA 1: SALUD MENTAL: ANORMALIDAD Y NORMALIDAD PSÍQUICA.

1- Distintas perspectivas de la salud mental.

La salud mental al igual que la salud física es un estado relativo y por lo tanto difícil de definir. Que la salud mental es un estado relativo significa que las personas con un diagnóstico de trastorno mental pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas. A su vez las personas que denominamos mentalmente sanas también pasan por periodos en los que puede haber una presencia de sintomatología psicopatológica.

Cada profesional resalta diferentes aspectos de lo que es salud mental.

- **Meninger**, define salud mental como la adaptación o ajuste del ser humano a su entorno y a él mismo con el máximo de efectividad y felicidad. Esta basado en el concepto de adaptación del individuo.
- **Freud**, define salud mental como la capacidad de trabajar y de amar.
- **Jahoda**, define la salud mental debe reunir los siguientes requisitos:
 - ausencia de enfermedad.
 - tener una conducta normal.
 - tener un ajuste interno.
 - una adaptación al medio.
 - tener una correcta percepción de la realidad.
- **Castila de Pino**, habla de salud mental en términos de equilibrio entre los diferentes polos del self (concepto de si mismo). Tiene que existir una congruencia entre el concepto de unos mismo, congruente con el concepto que los demás tienen de mi y con el concepto que yo creo que los demás tienen de mi.

La salud mental se define como un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar de forma adecuada en la sociedad a la que pertenece y cuyas características y rendimientos personales son satisfactorias para él.

2- Normalidad y anormalidad psíquica.

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos.

Hay dos series de criterios, los generales y los específicos.

Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a

usar deben de reunir tres condiciones:

- Que los signos sean fácilmente observable por la persona promedio, que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.
- Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado.
- Los criterios deben de ser no culturales ya que las características esenciales de la conducta son iguales en todas las culturas.

2.1. Criterios generales.

Lo que caracteriza a todos los criterios generales es que son unos criterios muy amplios, y precisamente porque son muy amplios son menos útiles.

- **Normalidad como salud**, evalúa como normal la ausencia de síntomas, por lo tanto existía una anormalidad con la presencia de síntomas. El problema básico y fundamental de este criterio es que no hay síntomas fijos, absolutos de anormalidad. Es decir, cualquier sentimiento, pensamiento y reacción que nosotros observamos es un paciente mental puede ser también observado en una persona normal. Generalmente de forma mas controlada, mas moderada y socialmente mas aceptable. Cualquier síntoma psicopatológico puede ser considerado normal si su forma de expresión es normal.

- **Normalidad estadística**, una interpretación de la norma se basa en el modelo estadístico que sostiene arbitrariamente como normal las reacciones usuales o típicas de la gran mayoría de la población, las reacciones inusuales o atípicas van a ser consideradas como anormales independientemente de su cualidad. La mayor parte de los aspectos del ser humano se ajustan a una distribución normal (curva de distribución normal) es decir, que para la mayor parte de la población la dispersión de una característica completa es relativamente limitada.

Las personas comprendidas entre +/- 2 desviaciones estándar serian normales.

Ventaja:

- * Incluye a la mayor parte de la población en la normalidad.
- * El carácter relativo de la normalidad y anormalidad.

Inconveniente:

- * Depende de la frecuencia de las conductas.
- * No tiene en cuenta la calidad de la conducta.

Este criterio nos sirve para establecer la conducta normal media.

- **Criterio ideal de normalidad**, este criterio parte de cómo deberían de comportarse las personas, en este sentido la norma sería el ideal. El criterio ideal en realidad es un criterio utópico. El criterio ideal según los utópicos serían:

✓ **Maslow**, postula una jerarquía de necesidades humanas ordenadas de acuerdo a su importancia vital. La pirámide de Maslow es:

La mecánica de satisfacción de estas necesidades es satisfacerlas poco a poco, ordenadamente empezando por la base.

La persona normal para Maslow es aquella que de forma cotidiana se maneja en la satisfacción de las necesidades de autorrealización ya que esto implica que esta persona tiene satisfechas todas sus necesidades.

✓ **Cole**, propone un criterio ideal basado en la madurez. Para Cole la persona normal es aquella que alcanza la madurez en tres dimensiones.

Las dimensiones son:

* Afectivo - emocional, exige un tono emocional constante que origine sentimientos de seguridad y confianza y que nos permita establecer relaciones emocionales positivas y recíprocas.

* Intelectual, implica la toma de conciencia y una capacidad de autoevaluación y comprensión realista.

* Socio-volitiva, implica la productividad, el trabajo y el logro de objetivos sociales, mantenimiento en este caso el respeto a los demás.

✓ **Allport**, sostiene que la persona normal debe reunir los siguientes requisitos:

* Diversidad de intereses autónomos, por ejemplo el síndrome del nido vacío. Tener varios objetivos vitales, no focalizar en uno.

* Capacidad de auto-objetivación, implica o abarca la capacidad que tiene la persona de conocerse a sí mismo y de su capacidad para participar activamente en la sociedad.

* Filosofía de la vida, la persona normal es consciente de sus motivaciones, de sus deseos, ambiciones, de sus sentimientos y de sus objetivos vitales. Es decir, tendría un proyecto vital realista.

* Capacidad de experimentar afecto y establecer relaciones profundas, la persona normal es capaz de establecer relaciones profundas con otras personas y de tener una cierta sensibilidad en lo que se refiere a las necesidades y sentimientos de los demás. La persona anormal es incapaz de

experimentar el afecto recíproco.

× Actitud vital tolerante, la persona anormal es una persona que de manera habitual está ansiosa, está en un estado de tensión permanente lo que les hace ser hipersensibles tanto a los aspectos agradables como desagradables de la vida, se denominan personas que tienen baja tolerancia a la frustración.

- **Criterio social**, la norma sería la opinión social predominante. El hecho de que una conducta sea clasificada como normal o anormal va a depender de la reacción de los miembros del grupo social de referencia. Todas las sociedades estimulan a sus miembros para que adquieran y acepten unas pautas de conducta, costumbres y sistemas de valores.

Ventajas de este criterio:

- × La principal es que promueve la identidad y solidaridad dentro de los grupos.
- × Contribuye al establecimiento y armonía en las reacciones sociales.

Inconvenientes o desventajas:

- × Es un criterio variable, relativo. Cambia con el tiempo y de unas culturas a otras.
- × Delimitar el grupo de referencia.
- × Una sociedad puede comportarse de forma patológica.

2.2. Criterios específicos.

Son un intento de especificar lo que es una conducta normal y una anormal. Hay 5 criterios específicos que se manejan de forma conjunta, no son independientes entre sí.

- **Eficacia del funcionamiento psicológico**, datos experimentales y clínicos confirman que la severidad del déficit psicológico y la psicopatología correlacionan de forma positiva. Cuanto más grave / intenso es el deterioro psicológico más grave es la psicopatología.

Las funciones psicológicas que se evalúan son las inherentes al ser humano, es decir, son la atención, la percepción, razonamiento, aprendizaje, memoria, comunicación y la afectividad básicamente.

Desde este punto de vista, personas con un trastorno mental no significa que carezcan de la capacidad de pensar, sino que esta deteriorada esa capacidad más.

- **Eficacia del funcionamiento social**, la base de este criterio está en la relativa incapacidad de la persona para en primer lugar estar eficazmente conformado con el modelo cultural, y en segundo lugar evitar comprometerse en acciones que difieren de forma drástica de la norma cultural. Se usa el criterio para describir la forma básica de incapacidad de comprometerse a

unas acciones.

Los principales signos de un funcionamiento social defectuoso incluirían en primer lugar la falta de control sobre los impulsos agresivos, la excesiva desconfianza y recelo con respecto a los otros, en tercer lugar la comunicación incoherente, en cuarto lugar la irresponsabilidad, en quinto lugar tendencias autodestructivas y por ultimo el egocentrismo (interés por uno mismo).

- **Grado de autocontrol consciente**, el deterioro del autocontrol consciente es el criterio aislado más decisivo en psicopatología. De los cinco criterios el más determinante para determinar la normalidad o anormalidad será este criterio. El saber controlar nuestros impulsos de rabia, ira,... Es un signo de autocontrol, de salud mental.

- **Evaluación social**, la presencia y severidad de un funcionamiento psicosocial defectuoso e incontrolado puede advertirse en primer lugar por la observación directa de la conducta del sujeto, en segundo lugar por los datos que nos proporcionan y en tercer lugar por los informes y entrevistas y la historia del caso.

Mediante el uso de test estandarizados podemos expresar en términos cuantitativos el grado de desviación o deterioro de una función específica. La función evaluativa se va a centrar en tres interrogantes fundamentales que son:

- * Si los datos que disponemos indican una alteración o deterioro del funcionamiento psicosocial.
- * Si es la disfunción tan severa que desorganiza de forma significativa el ajuste social o personal de la persona.
- * Si puede explicarse este trastorno de la conducta mediante una explicación natural.

La evaluación lo realizan / comparten tres grupos:

- * La familia
- * La comunidad (amigos, vecinos, compañeros de trabajo,...).
- * Profesionales que están legitimados para ejercer este rol.

Los tres grupos comparten la responsabilidad de evaluar una conducta como normal, estarán de acuerdo en:

* Cuando el funcionamiento psicosocial está tan deteriorado y desordenado que la persona es incapaz de afrontar los problemas de la vida cotidiana. Cuando no es autónomo en su cuidado y de establecer relaciones sociales.

- * Cuando los impulsos agresivos son incontrolados porque ponen en peligro

la seguridad del grupo / sociedad.

Cuando no es tan evidente el trastorno surgen discrepancias y no es tan difícil diagnosticar el problema.

- **Evaluación personal**, en los desordenes moderados en los cuales los déficit psicológicos no son discernibles y si el ajuste social es adecuado en estos casos el sufrimiento interno de la persona es el principal indicador de un problema psicológico.

TEMA 2: TRASTORNOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN.

Los trastornos de sensopercepción son defectos en la organización de los datos sensoriales.

El modo más común de que se produzca una alteración de la sensopercepción es una **lesión en cualquiera de las estructuras nerviosas comprometidas con esta función.**

Los trastornos de la sensopercepción se clasifican en dos grupos:

1- DISTORSIONES SENSORIALES.

Una distorsión sensorial consiste en la percepción de un objeto real pero modificado en alguna de sus cualidades.

No es un trastorno muy común.

Hay varios tipos:

1.1. De la forma.

Se distorsiona la forma del objeto. Se perciben los objetos más pequeños de lo que realmente son y a esto se le denomina micropsia.

La macropsia es el que el objeto se percibe con un tamaño más grande que el tamaño real.

La omopsia es el percibir un objeto a tamaño constante independientemente de la distancia que medie entre el observador y el objeto.

La dismegalopsia consiste en que los objetos se perciben torcidos.

La metamorfosis la percepción de los objetos sufre una mutación constante en cuanto a su forma.

Estos (los de la forma) aparecen en cuatro tipos de trastornos:

- En lesiones en el lóbulo temporal.
- En delirios febriles infantiles.
- En las crisis epilépticas.
- En las psicosis esquizofrenias agudas.

1.2. De la cualidad.

Son distorsiones producidas por una invasión de colores que tiñen la percepción.

- Cloropsia es el que los objetos se perciben de color verde.
- Xantopsia, la percepción se tiñe de color amarillo.
- Eritropsia, en el que la percepción se tiñe de color rojo.

Es un síntoma producido por la ingesta de tóxicos básicamente alucinógenos.

1.3. De la intensidad.

- Hiperestesia, la intensidad perceptiva aparece aumentada.

- Hipoestesis, la intensidad perceptiva aparece disminuida.
- Intensidad selectiva, unas veces aparece la intensidad aumentada y otras disminuida.

1.4. De incorporación afectiva.

Se modifican las afecciones ante determinadas conductas.

2- ERRORES SENSORIALES.

2.1. Ilusión.

Consiste en la percepción equivocada o errónea de cualquier estímulo sensorial, consiste en una transformación del objeto a percibir, falsificamos el estímulo que desprende el objeto.

Para que exista una ilusión tiene que haber siempre un objeto real.

No es por si misma un síntoma psicopatológico. Consiste en una interpretación errónea de un objeto sensorial.

Existen unas condiciones que favorecen la aparición de este fenómeno:

- La falta de atención del sujeto, es decir, interpretamos erróneamente a causa de una distracción momentánea.
- Puede ser fruto de otro síntoma psicopatológico. Por ejemplo, por disminución del nivel de conciencia.
- El estrés emocional de la persona, persona cansada, miedo, soledad...
- La ambigüedad del objeto a percibir.

2.2. Alucinación.

Es un síntoma psicopatológico bastante grave. Consiste en la percepción de algo que no existe y se considera como real, es decir, es una percepción sin objeto siempre es patológico.

Tiene tres características definitorias:

- Se perciben con la misma claridad que una percepción real.
- Siempre se tiene que percibir en el espacio exterior, siempre tiene proyección espacial.
- La persona esta absolutamente convencido de que lo que percibe es verdadero y real

Cuando falla alguna de estas tres cosas ya no seria alucinación.

Clasificación de las alucinaciones.

Se clasifican en función del sentido de las cuales son percibidos.

- Visuales, falsa percepción visual. Pueden variar mucho en cuanto a temática y complejidad.

- Auditivas, consiste en una falsa percepción auditiva que al igual que las visuales también varían en cuanto a complejidad por ejemplo silbidos, palabras sueltas,...

Existen dos muy frecuentes:

× Fenómenos imperativos, la persona escucha una voz que le ordena a actuar de una determinada manera, incluso en contra de su voluntad.

× Alucinación auditivas auto referenciales, el sujeto percibe a dos o mas personas hablando de él y generalmente no hablando bien.

- Gustativas y olfativas, falsa percepción del gusto y del olfato.

La alucinación gustativa mas común suele ir asociada a los delirios de envenenamiento y la comida y todo lo que ingiere le sabe a veneno.

La alucinación olfativa mas común suele estar asociada a los delirios de putrefacción, en el que la persona cree que se le pudre un órgano y lo huele.

- Táctiles, es una falsa percepción táctil. Por ejemplo, sensaciones de frío, de calor, de humedad. Puede estar asociada a los delirios electrizantes (personas que sienten descargas).

- Cenestésicas o de sensibilidad interna, suelen ser de tipo visceral, por ejemplo que le faltan órganos internas, que tienen diferentes tamaño los órganos.

El problema de la alucinación es que la persona pierde el control sobre la capacidad de diferenciar el mundo interno del externo (lo que es la realidad de la fantasía que tiene). Esta diferenciación de lo que es interno y externo es una capacidad que se adquiere, se aprende.

2.3. Pseudo alucinación o alucinación psíquica.

No es propiamente dicha una alucinación porque no tiene proyección espacial sino que la persona la percibe dentro de si mismo. Son imágenes mentales percibidas de forma nítida, clara y experimentada como reales. Tienen un carácter involuntario.

2.4. Alucinosis.

Es un síntoma similar a la alucinación y consiste en una percepción nítida y clara con proyección espacial. Carece de juicio de realidad, es decir, que la persona sabe que no es real la imagen que esta viendo. Se produce siempre por consumo de alucinógenos.

2.5. Síndrome de automatismo mental.

Descrito por Clerambault. Se caracteriza por tres cosas, primero porque la persona sufre de una gran cantidad de alucinaciones visuales y auditivas, en segundo lugar como consecuencia de estas alucinaciones o unidas a ellas se produce un triple automatismo (a nivel motor, ideico y verbal) la persona actúa, piensa y habla de forma automática, robotizada, como si alguien la ordenara que lo hiciera así, y en tercer lugar el individuo siente un desdoblamiento de su pensamiento, su pensamiento se repite tanto interna como externamente.

TEMA 3: TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO.

Se clasifican en dos categorías.

1- TRASTORNOS EN EL CURSO DEL PENSAMIENTO.

Aquellos trastornos en la forma o proceso de producción del pensamiento. Hay varios tipos:

1.1. Perseveración o estereotipia verbal.

Consiste en repetición constante y monótona de una misma palabra, frase o contenido verbal. Es un acto involuntario y la persona no es consciente del síntoma. Se da en tres tipos de trastornos:

- Demencia, la perseveración es consecuencia del deterioro del pensamiento del anciano.
- Esquizofrenia, consecuencia a una forma de afrontar la realidad la persona, pensamiento vital.
- Epilepsia, es un rasgo de la personalidad.

1.2. Pensamiento disgregado - incoherente.

Hay una disgregación del pensamiento cuando las ideas se presentan desordenadas, desorganizadas sin apariencia lógica, como una suma de palabras sin conexión aparente. Aunque no podemos entenderlo al paciente, si que se percibe que para el tiene un cierto significado. También se llama pensamiento paralogico. Cuando se hace superlativa y la persona une palabras porque riman, se parecen y el discurso se convierte en una ensalada de palabras sin sentido estaríamos hablando de un pensamiento incoherente. Esta forma de pensar es característico de los trastornos sicóticos y más en concreto en esquizofrenia. No le interesa comunicar las cosas.

1.3. Fuga de ideas.

La persona produce una enorme cantidad de ideas y a gran velocidad. Las ideas se generan a borbotones y la persona las quiere comunicar de forma inmediata, y como consecuencia el paciente esta continuamente cambiando de tema con lo que su discurso se vuelve incomprensible. Característico de la manía (trastorno maniaco) el paciente es expansivo, esta interesado en comunicar todo.

1.4. Interceptación.

Consiste en una parada brusca en el curso del pensamiento. Se produce una parada brusca del habla. Pueden ocurrir dos cosas:

- Que el sujeto se quede realmente en blanco y no tiene nada que pensar. Normalmente estos pacientes lo atribuyen a una causa externa, piensan que alguien les ha robado el pensamiento.

. El paciente tiene en ese momento una invasión de alucinaciones que abarca toda su personalidad y le impiden cualquier otro rendimiento psicológico.

1.5. Bradipsiquia - taquipsiquia.

La Bradipsiquia es un enlentecimiento en la asociación de ideas, retraso en el pensamiento. Asociado a verbalización lenta, tono afectivo de tristeza,... Característica de la depresión.

La taquipsiquia sería el fenómeno contrario, una aceleración en la asociación de las ideas unida siempre a la fuga de ideas. Síntoma de trastorno maniático. Unido a una exaltación de todos los rendimientos de la persona.

2- TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.

2.1. Ideas obsesivas.

Son pensamientos irreversibles que aparecen de forma automática y que se imponen al sujeto contra su voluntad y contra las cuales intenta luchar.

Son ideas fijas, se ponen en marcha de forma involuntaria. El sujeto es consciente de que esa idea la produce él. De que es algo interno.

La persona es consciente de lo absurdo de esa idea pero es incapaz de librarse de ellas, son contrarias a su voluntad.

Normalmente la temática de las ideas serían las dudas obsesivas, no tiene la certeza de haber realizado algo o no o de haberlo realizado correctamente o no.

Otro tema muy común son los escrúpulos obsesivos, es la idea obsesiva de contaminación, de que se está contagiando de una enfermedad,...

Otras son las obsesiones impulsivas consisten en que la persona cree que va a perder el control sobre sus impulsos.

Generalmente se produce una idea obsesiva y esta genera unos niveles muy altos de ansiedad y estos factores hacen al sujeto tratar de manejarle de alguna manera y hacen que tenga un acto compulsivo, esto se retroalimenta.

2.2. Ideas fóbicas.

Serían los pensamientos que acompañan a la fobia. Hay que tener en cuenta que la fobia es un trastorno de la afectividad. La fobia se define como un miedo irracional hacia un animal, persona, cosa o situación y la idea fóbica es el trastorno del pensamiento que se produce como consecuencia de ese miedo.

Un miedo es irracional cuando la gran parte de las personas no tienen miedo. La persona es consciente de tener ese problema, lo considera absurdo, lo critica, trata de luchar contra ese pensamiento pero no consigue solucionarlo, no atribuye su problema a una causa externa, lo considera algo personal, algo interno.

2.3. Ideas delirantes o delirios.

Es una creencia falsa, inamovible y desacorde con la inteligencia y ambiente cultural. Debe de reunir cuatro condiciones:

- Es una idea falsa, no verdadera desde el punto de vista objetivo y sentido común.
- Se adquiere por mecanismos patológicos, significa que la persona no tiene ningún motivo para pensar lo que piensa. Pensamiento sin causalidad.
- La persona esta convencida de que esa idea es verdad. Creencia ciega en el contenido de la idea delirante.
- Las ideas delirantes son incorregibles por ningún tipo de experiencia. Imposible convencer al que delira de que su idea es falsa.

Dentro de los delirios se ven cuatro diferenciaciones, no son excluyentes, se pueden combinar con otras. Son:

a) **Delirios en los que no existe alteración de la conciencia y delirios en los que aparece alteración de la conciencia** ⇒ los mas comunes son los que la conciencia no esta alterada, esta mas o menos lucida, en estos delirios se dan en los trastornos funcionales como paranoia, esquizofrenia,... Y en los que hay una alteración de la conciencia serian los delirios de carácter toxico generados por consumo de alguna sustancia.

b) **Delirio primario y delirio secundario** ⇒ el primario es el que clínicamente se considera auténtico en el que la persona no tiene ninguna razón de que la persona piensa lo que piensa, no tiene causa. El delirio secundario podemos considerarlo como desviación de un acontecimiento biográfico más o menos claro. En este sentido los delirios secundarios no serian propiamente un delirio porque podemos identificar un hecho desencadenante.

c) **Delirios sistematizados y delirios no sistematizados** ⇒ los sistematizados son delirios que están bien elaborados, bien organizados, aparentemente tienen una construcción lógica valida y denotan que el paciente ha hecho un esfuerzo intelectual para elaborarlo. El mayor peligro es que tienden a ser creíbles. Los no sistematizados son delirios a los cuales les falta organización, son incoherentes y en los que se da un predominio del componente fantástico e imaginativo.

d) **Delirios que acaparan toda la atención del sujeto** en el que el proceso delirante es un proceso al cual la persona le dedica todo su tiempo y en el que cualquier circunstancia justifica la idea delirante. Se diferencian de los delirios que se circunscriben a un tema especial y específico.

Clasificación de las ideas delirantes.

Se clasifican en función de su temática. Grupo de delirios que forman un bloque homogéneo que significa que las temáticas de los delirios suelen mezclarse, aunque uno puede tener mayor peso específico que el resto.

- Características de los Trastornos paranoides.

↪ **Delirios de persecución**, cuya temática es que la persona se siente acosada, acechada, controlada y que alguien conoce todos sus movimientos. Se siente espiada.

↪ **Delirios de perjuicio**, piensa que se está organizando un complot para perjudicarlo e incluso para acabar con él.

↪ **Delirios auto referenciales**, consiste en que la persona está convencida de que todo el mundo habla de él, se ríen de él, lo miran con mala cara y es el objeto de conversaciones de los demás.

↪ **Delirios de influencia**, convencida la persona de que los demás influyen en lo que piensa y hace. De alguna forma le obligan a actuar en contra de su voluntad.

- Características de los Delirios expansivos.

↪ **Delirios megalomaniacos o de grandeza**, la personalidad del sujeto se hincha, hay una expansión del yo, se cree el mejor, indispensable, superior a los demás. Son característicos de esto:

 ⊕ **Delirios de invención**, es la idea de una persona de haber descubierto algo que va a suponer una revolución en el terreno científico.

 ⊕ **Delirios de reforma**, en el que la persona cree que es capaz de resolver los problemas del mundo.

↪ **Delirio místico**, se da una expansión del yo y consiste en que la persona tiene la idea de que se comunica con personas extraterrestres.

- Delirios depresivos o delirios melancólicos.

Son contrarios a los expansivos. Se produce un empequeñecimiento del yo. La

persona se siente muy poca cosa, miserable, inútil, no se siente merecedor de algún tipo de afecto, se siente la mas desgraciada del mundo.

↳ **Autoinculpación**, se siente culpable por la gran mayoría de las cosas que hace y no hace, además cree que merece ser castigado por ello.

↳ Características de los **delirios melancólicos o depresivos**.

- ☪ Siempre están asociadas a un tono afectivo de tristeza.
- ☪ Se comunican de forma monótona, perseverante, repetitiva.
- ☪ Son pobres en cuanto a su contenido pero ricas en cuanto a su emoción, es decir, son ideas que tienen una gran hondura emocional.
- ☪ Tienen un aire pasivo o fatal, son fatalistas, es decir, no se puede hacer nada para solucionarlas.

- Delirios Hipocondríacos.

La persona tiene la idea falsa de estar enfermo generalmente con enfermedades de carácter grave, identifica signos de su enfermedad, aspectos neutro los indica como signos de enfermedad,...

- Delirios celotípico.

Consiste en la creencia de que las pareja le esta engañando, cuando obviamente es falso.

- Delirio erotomaniaco.

Consiste en la creencia que tiene el sujeto de que una o varias personas estas absolutamente enamoradas de ella y además tiene pruebas de lo que dice.

- Delirio sosias.

Consiste en la creencia que tiene la persona (el paciente) de que una persona a la cual conoce y esta ante él ya no es ella (es un impostor, alguien que la esta suplantando).

Todas las ideas delirantes tienen característica común es que la persona delirante es el protagonista del delirio, todo se centra en ella, es el eje central del delirio.

Si desmontamos la idea delirante de la persona esta se va a hundir porque es el eje de sus pensamientos.

TEMA 4: TRASTORNOS DE LA MEMORIA.

Son trastornos muy importantes por dos circunstancias:

- Por su frecuencia, es decir, la sintomatología es muy común.
- Porque los síntomas tienen la capacidad de alterar el funcionamiento global de la persona.

1- Tipos de memoria:

- Memoria inmediata.

Tiene una duración aproximada de unos 20 segundos y esta relacionada con la memoria sensorial que es la encargada de recoger los estímulos que provienen de los estímulos y esta relacionada también con la memoria a corto plazo que es una memoria de trabajo.

Generalmente se explora haciendo repetir a la persona una lista de siete números o una corta historietta.

- Memoria reciente.

Tiene una duración aproximada de 48 horas. Esta memoria se explora dándole al paciente tres nombres que debe de recordar a los 5 minutos.

- Memoria remota.

Esta memoria en teoría dura toda la vida. Se relaciona con la memoria a largo plazo y aparentemente puede almacenar una cantidad amplísima de información.

Nos informa de la historia del paciente, de la biografía.

2- Funciones de la memoria.

La memoria básicamente tiene dos funciones:

- De fijación, nos permite grabar los acontecimientos.
- De evocación, consiste en la recuperación de una información previamente gravada.

3- Sintomatología de los trastornos.

- Hipoamnesia/hipopnesia.

Consiste en una disminución gradual de la función memorística. En este trastorno se altera la capacidad de fijación y la capacidad de avocación.

Es un trastorno característica del proceso involutivo del ser humano.

- Amnesia.

Es la pérdida total de la memoria. Todos los acontecimientos afectos por la amnesia se olvidan.

☛ Amnesia anterograde o amnesia de fijación, consiste en que a partir de un momento determinado la persona no es capaz de fijar los acontecimientos que se le presentan.

☛ Amnesia retrograda o amnesia de evocación, consiste en la imposibilidad de recordar acontecimientos que han sucedido hace un determinado tiempo.

✗ **Amnesia lacunar**, la persona es incapaz de evocar recuerdos ocurridos dentro de un lapso temporal con buena capacidad memorística anterior y posterior.

✗ **Amnesia selectiva**, consiste en la incapacidad que tiene la persona de evocar determinado tipo de acontecimientos. Estos acontecimientos generalmente suelen tener una gran carga emocional y por ello el sujeto los omite.

La amnesia puede ser debida a dos factores etiológicos.

> De origen orgánico, por ejemplo un traumatismo, una degeneración del tejido cerebral causada por el consumo de alcohol o de droga (del abuso).

> Amnesia psicógena cuyo factor desencadenante suele ser de carácter emocional.

La diferencia es que la amnesia orgánica es irrecuperable, la función memorística se pierde para siempre.

La amnesia psicógena es transitoria, el paciente puede recuperar la capacidad memorística, esos recuerdos.

- Paramnesia.

Es un trastorno de la memoria en el que se confunde la realidad y la fantasía, el paciente en este caso modifica de forma retrospectiva el material memorístico. Lo habitual en los recuerdos paramnesicos es que estén distorsionados como consecuencia de la aportación subjetiva que hace el paciente de ese recuerdo.

En los casos mas extremos el aspecto fantástico o inventado sustituye al recuerdo real, ya no hay solo deformación, y cuando ocurre esto hablamos de confabulación o fabulación.

No se puede interpretar como una mentira consciente sino que el sujeto considera que el recuerdo que cuenta es un recuerdo real y lo vive como tal.

La confabulación o paramnesia aparece en muchas enfermedades como

esquizofrenia sobre todo por el aspecto fantástico de los recuerdos. También aparece en las demencias y los recuerdos falseados se caracterizan por la pobreza de su contenido. También aparece en las psicosis tóxicas asociadas al consumo de alcohol y de drogas y se usa la paramnesia para rellenar amnesias lacunares.

- Deja vu.

Denominado también como el falso positivo y consiste en el reconocimiento en la que una nueva situación es incorrectamente enjuiciada, como la repetición de una experiencia previa. Es la sensación de que algo que hacemos, oímos, vemos, lo hemos hecho, oído, o visto con anterioridad.

- Hipermnesia.

Es un exceso en la capacidad memorística, en la capacidad de evocar recuerdos y se considera un síntoma patológico en los trastornos obsesivos compulsivos que la característica es los recuerdos fotográficos con muy pequeños detalles que no se recuerdan por la mayor parte de la gente. También en los trastornos paranoides y también en los trastornos maníacos o eufóricos.

- Amnesia de identidad.

Consiste en que la persona pierde la noción de su personalidad y de su identidad. La persona no recuerda quien es. Es un requisito previo para la adquisición de una nueva personalidad.

- Ecmnesia.

Consiste en la sensación de que un recuerdo es un acontecimiento actual, es decir, algo que estoy viviendo en este momento es algo que sucedió hace tiempo.

Es característico de los estados confesionales en los que la persona pierde el contacto de la realidad y del presente y el sentido de estos.

TEMA 5: TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN.

En psicopatología:

- Cuando hablamos de conciencia no lo hacemos en términos morales, sino en sentido de vigilancia de control de los estímulos.
- Los trastornos de la conciencia se entienden como un continuo, en el sentido que hay una graduación en la pérdida de conciencia.

1- GRADOS

- **Obmbilación.**

Nivel más leve de pérdida de conciencia.

Consiste en una disminución del grado habitual de conciencia. Es como un estado de semisomnolencia.

Lleva asociada otra sintomatología como bradipsiquia, disminución o pérdida de atención, desorientación, apatía, lenificación de la actividad motorica y suele ser frecuente la aparición de ilusiones.

- **Confusión.**

Mayor grado de perdida de conciencia.

Se habla de lo que es el síndrome confuso - aurico o "buffet delirante", consistente en que asociado a la disminución del grado habitual de conciencia aparecen todo tipo de ensoñaciones, ilusiones, alucinaciones y fabulaciones que se mezclan con la realidad. La persona vive en un estado de caos estimular.

Este síndrome suele estar acompañado de un alto nivel de ansiedad y de una turbulencia afectiva.

Trastornos que requiere ingreso inmediato pues el sujeto puede hacerse daño así mismo o hacerle daño a alguien.

Esta situación vital, a la persona lo puede vivir con mucha ilusión le puede encantar u horrorizar.

Durante este periodo de confusión es normal los trastornos en la memoria y en concreto la hipoapnesia.

- **Estupor.**

Grado de pérdida de conciencia realmente importante.

Se caracteriza porque el paciente no reacciona a los estímulos del entorno, ni es consciente del mismo. Suele ir acompañado de acinesia (perdida total del movimiento), y de mutismo.

Es un trastorno muy grave que se presentan en dos síndromes que son:

- > Trastornos depresivos.
- > Esquizofrenia catatónica.

- **Coma.**

La pérdida total de la conciencia.

Es un estado que se genera a través de la ingesta de alcohol y de traumatismos.

2- **Trastornos particulares de conciencia = estados crepusculares.**

No hay pérdida de la conciencia, sino que se produce una pérdida de la misma. Es decir, la persona pierde el control, la vigilancia sobre determinados estímulos y se concentra en un aspecto de la realidad.

Se dan básicamente en la Histeria, dentro de los cuales se dan ciertos estados crepusculares:

- **Letárgia histérica.**

El sujeto está en un estado de sueño profundo, similar al coma. Sus electros son normales, sus reacciones estímulares son normales y fuerza la oclusión de los ojos.

- **Catalepsia histérica.**

Estado similar al estupor, caracterizado por una hipertonia muscular (está rígido), no reacciona al estímulo externo pero sin embargo es consciente del mismo (del entorno).

- **Crisis sincopales.**

Serían como lipotimias o desmayos con gran aparataje, con teatralidad impresionante, el sujeto acaba como desmayándose pero no se desmaya.

3- **Los trastornos de la orientación.**

Estos generalmente van precedidos de trastornos en el nivel de conciencia. Cuando hablamos de orientación lo hacemos en dos sentidos:

- **Orientación auto psíquica.**

La orientación que tenemos con respecto a nuestras coordenadas personales.

- **Orientación alopsíquica.**

La orientación con respecto a las coordenadas temporoespaciales.

El sujeto puede tener una orientación parcial.

Los trastornos de la orientación son sencillos ya que solo hay una, **desorientación** que hay de dos tipos:

- **Autopsíquica.**

Consiste en la pérdida de orientación con respecto a las coordenadas personales. La persona pierde la noción de su propia personalidad, aparecen los trastornos en el esquema corporal...

- **Alopsíquica.**

La persona pierde la orientación con respecto a las coordenadas temporales y espaciales. El sujeto no sabe que hora es, si es de día o de noche,... Y no sabe en que ciudad vive, no sabe volver a casa, o no encuentra el baño,...

El sujeto puede tener una orientación parcial aun teniendo desorientación, por ejemplo, sabe ir al baño o a su cuarto (rutinario) pero no sabe donde vive (general).

El sujeto puede tener una falsa orientación, puede crearse una orientación falsa (se la inventa, coordenadas subjetivas).

TEMA 6: TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.

1- DEMENCIA.

Trastorno de la inteligencia que se caracteriza por déficit intelectuales provocados por una degeneración del tejido intelectual.

La demencia por tanto es un trastorno adquirido que una capacidad que tiene el ser humano la pierde.

Desde el punto de vista etiológico la demencia es debida a una lesión orgánica.

Los **factores** causales mas frecuentes son:

- Enfermedades degenerativas del SNC.
- Arteriosclerosis (impiden riego adecuado al cerebro).
- Tumores cerebrales, traumas cerebrales.

Clasificación.

- Demencia senil.

Es la perdida de la capacidad adapta

Se define como el estado terminal de la demencia y lo más característico de este trastorno es que se puede apreciar a simple vista. Lo que se produce es la culminación de un debilitamiento psíquico global, profundo que altera las funciones intelectuales básicas y desintegra las conductas sociales del paciente. Es un trastorno progresivo.

Desde el punto de vista sintomatológico los síntomas principales son:

- ☉ Empobrecimiento eidético, que afecta a la capacidad de aprendizaje, de comprensión y de razonamiento.
- ☉ Desorientación, tanto auto psíquica como alopsíquicamente.
- ☉ Perseveración.
- ☉ Trastornos de la memoria, hipoamnesia, amnesia lacunar y anterograda.
- ☉ Apraxias, pérdida de la capacidad del paciente para realizar determinados habilidades motoricas.
- ☉ Incontinencia afectiva, se traduce en las típicas explosiones afectivas del demente (perdida de control sobre los afectos).

- Demencia media.

Es menos evidente que la senil, aunque también es apreciable.

Se **caracteriza** por:

- ☉ Disminución de la capacidad de rendimiento.
- ☉ Trastornos de la conducta, que se manifiestan en un cambio del

comportamiento habitual de la persona.

- ☉ Pierde la capacidad de concentración y atención.
- ☉ Aparecen trastornos de la memoria (memoria inmediata).
- ☉ Trastornos en la orientación.

Estos síntomas van a ir agravándose, acabando en una demencia senil.

- Deterioros mentales.

Son inapreciables salvo la realización de una exploración neurológica y la aplicación de pruebas psicométrías.

Desde el diagnostico diferencial tendríamos que diferenciar entre las demencias orgánicas y las no orgánicas.

☉ **Demencia orgánica**, tiene como causa una lesión de carácter orgánico, lo que caracteriza a este tipo de demencias es su irrecuperabilidad.

☉ **Demencia no orgánica o psicoticas**, no hay lesión orgánica conocida pero desde el punto de vista de la sintomatología se ajustaría a un cuadro de demencia. Se da por la institucionalización, y además con periodos de institucionalización muy largos. Como por ejemplo esquizofrenia crónica con un historial de más de 30 o 40 años.

* **Síndrome de GANSER**, otra demencia psicótica que se da en personas con largas estancias en centros penitenciarios.

2- OLIGOFRENIA O DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Se define como un déficit intelectual, adquirido de forma congénita o en periodos muy tempranos de la vida (infancia).

Clásicamente se ha clasificado la oligofrenia en tres niveles:

- Oligofrenia leve.

Cociente intelectual entre 80 y 90. Debilidad mental. Son personas con capacidad de aprendizaje lento por no presentar trastornos asociados, alteración del lenguaje, de características sensorial,... Con una orientación y apoyo adecuado pueden llevar una vida perfectamente autónoma.

- Oligofrenia media.

Cociente intelectual de entre 60 y 80. Personas con un comportamiento intelectual similar a un niño entre 6 y 10 años. Personas con capacidad de aprendizaje muy limitada, con bastantes carencias en cuanto a habilidades motoricas y con grandes dificultades para llevar una vida autónoma e independiente.

- Oligofrenia grave o profunda.

Cociente intelectual < 60. Graves déficit desde el punto de vista motor y del lenguaje con deficiencias sensoriales y muy asociadas.

Carecen de habilidades primarias de auto cuidado (correr por si mismo, lavarse, vestirse,...) necesitarían atención profesional durante las 24 horas del día.

- Oligofrenia profunda.

Cociente intelectual < de 20.

Independientemente del cociente intelectual que obtengamos, es peligroso realizar un diagnostico atendiendo solo esa variable, porque sobre todo en personas que tienen un coeficiente alto resulta que nos encontraríamos con personas que esta conducta intelectual disminuida no tendrían un origen congénito.

TEMA 7: TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

El lenguaje es una función compleja que nos permite expresar y percibir estados afectivos, conceptos e ideas por medio de signos gráficos y acústicos.

El lenguaje se convierte en patológico cuando en lugar de facilitar la comunicación, la impide o la interfiere.

La psicopatología del lenguaje se clasifica en tres categorías, en función del momento comunicativo en que se produce la patología.

1- PATOLOGIA EN LA RECEPCIÓN DEL LENGUAJE.

Sordera.

Pérdida o disminución de la capacidad auditiva. Tiene como consecuencia el impedimento para la utilización de los mensajes orales. La influencia que tiene la sordera en el lenguaje va a depender de dos factores:

- Grado de pérdida auditiva, cuanto mayor es la pérdida auditiva mayor es la sordera.
- Momento de aparición de la pérdida auditiva, hay que tener en cuenta si la pérdida auditiva es prelocutiva o postlocutiva, es decir, si se produce antes o después de que la persona haya aprendido a hablar.

2- PATOLOGIAS CENTRALES.

Afasia.

Pérdida total o parcial de los aspectos expresivos del lenguaje.

Puede tener dos factores etiológicos:

- Puede estar causada por una lesión cerebral.
- Puede ser la expresión o el reflejo de un problema psicológico subyacente.

La afasia es un trastorno que se puede experimentar de dos maneras:

- **Afasia de expresión disminuida**, que en los casos más graves llega a una pérdida total del lenguaje expresivo. Los síntomas son:

- > Mutismo, la persona deja de hablar.
- > Estereotipia o Perseveración, repetición constante y monótona de un mismo contenido.
- > Ecolalia, repetición imitativa de contenidos verbales.
- > Agramatismo, lenguaje telegráfico, la persona habla usando sustantivos y verbos.

- **Afasia de expresión alterada**, la expresión verbal puede no estar disminuida sino todo lo contrario, puede haber un aumento de la producción verbal.

> Parafrasis fonémicas, la persona sustituye determinados sonidos por otros, de forma arbitraria y al azar.

> Neologismos, la persona se inventa palabras.

> Parafrasis semánticas, sustituye una palabra por otra que no tienen relación. Lo hace de forma arbitraria y sin regla fija.

> Jerga, el lenguaje de la persona se vuelve inteligible (no se entiende).

Las personas que tienen un problema de afasia también tienen asociado una alteración en la comprensión del lenguaje.

Disartria.

Es un trastorno resultante de una alteración del control muscular de los mecanismos del habla.

La causa del trastorno se va a producir como consecuencia de una lesión del sistema nervioso y afectivo en mayor o menor grado cualquier aspecto en la producción del lenguaje.

3- PATOLOGÍAS DE LA PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE.

Se agrupan los trastornos que afectan a la capacidad de la persona para generar el mensaje.

Existen tres tipos de trastornos:

Trastorno en la fluidez del habla.

Hacen referencia a las dificultades que tiene la persona en el ritmo del habla.

- **Tartamudeo**, se caracteriza por interrupciones bruscos en el ritmo del habla y que suele ir acompañado de factores que afectan a la coordinación respiratoria y al tono muscular junto con respuestas emocionales.

La semiología básica que acompaña al tratamiento serían dos signos:

- **Síntoma tónico**, que consiste en espasmos relativamente prolongados de la musculatura de la fonación. Se traduce en un bloqueo del habla con presencia de esfuerzo.
- **Síntoma atónico**, consiste en contracciones breves y rápidas de la musculatura bucal, lo que va a originar la típica repetición de sílabas y sonidos del tartamudeo.

La tartamudez lleva asociada otra serie de síntomas como la ansiedad que va a traer como consecuencia la evitación para expresarse verbalmente.

Un segundo síntoma es el expresarse con un menor número de elementos.
En tercer lugar es la creación por parte del tartamudo de elementos para vencer los paros espasmódicos y las repeticiones.

Desde el punto de vista etiológico existen diferentes teorías en cuanto al origen de la tartamudez:

- Teorías organicistas, consideran que es hereditario.
 - Otras teorías dicen que es de denominancia lateral.
 - Un segundo grupo considera que la tartamudez se debe a problemas de la personalidad (ansiosas, agresivas y con relaciones anormales).
 - Un tercer grupo se basa en las teorías del aprendizaje que lo consideran como un trastorno aprendido.
- **Farfulleo**, sucede cuando el habla se vuelve precipitada, desordenada y entrecortada resultando a veces incomprensible. Tiene 2 características:
- El curso de la palabra es muy rápido.
 - El ritmo es defectuoso.
 - La producción de la voz es monótona y defectuosa.

Trastorno de la voz.

Se denomina DIFONIAS. Se produce cuando se modifica cualquiera de las cualidades de la voz (timbre, tono,...) pueden deberse a alteraciones estructurales de los órganos de la fonación o a alteraciones funcionales de los mecanismos de la voz (afónico...).

Trastorno de la articulación.

Son anomalías en la producción oral que puede deberse a una causa orgánica o funcional.

- **Dislalia funcional**, trastorno en la articulación de los fenómenos debido a alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla. La dislalia esta producida por déficit de carácter motorico como movimientos defectuosos de la lengua.
También puede ser debida a hábitos incorrectos de deglución y por ultimo es el de la permanencia de patrones infantiles articulatorios.
- **Diglosia orgánica**, es un trastorno en la articulación de los fonemas por alteraciones orgánicas de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico.

Las causas mas comunes son las malformaciones congénitas,

traumatismos en la zona periférica del habla.

TEMA 8: TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN PSICOMOTORA.

Son trastornos que afectan a la actividad motora de la persona.

Agitación psicomotriz.

Consiste en una actividad motora aumentada (exceso de movimientos) ejecutados a un ritmo rápido. Lo que caracteriza a los movimientos es que no tienen finalidad, son involuntarios y no controlados.

El estado de agitación suele ir acompañado de taquisiquia y estaríamos ante un trastorno maniaco, y un segundo trastorno que puede aparecer es la esquizofrenia catatonica.

La agitación es un síntoma muy grave y suele ser un ingreso hospitalario.

Estupor psicomotriz.

Consiste en una parada general del movimiento. En este caso el paciente esta inmóvil, inexpresivo, generalmente rígido y con la ausencia de reacción ante los estímulos externos. No hay disminución del nivel de conciencia y el sujeto tiene memoria de lo ocurrido.

Es un trastorno que puede durar mucho tiempo. Suele ser frecuente que después de un periodo de estupor, y cuando este finaliza se produzca un episodio de agitación.

Existen dos tipos:

- **Rígido**, se caracteriza por una hipertonia muscular con sensación de rigidez.
- **Estupor flácido**, se caracteriza por una hipotonia muscular con sensación de relajación muscular.

En los estados de estupor se da la flexibilidad cerea que consiste en moldear al paciente.

El estupor psicomotriz es un síntoma y aparece en dos cuadros:

- Esquizofrenia catatonica.
- Depresión, no es tan intenso como en la catatonica.

La forma de presentarse en ambos trastornos es diferente. El estupor en la catatonía es un estupor frío, sin embargo, en el depresivo el rostro refleja su sufrimiento.

Estereotipia motora.

Es la repetición constante y monótona de un movimiento que aparentemente no tiene ninguna finalidad (balanceo,...).

- Manierismo, es una forma de estereotipia donde también se repiten movimientos de forma monótona pero la repetición de los movimientos serían complejos.

Las estereotipias se consideran que son síntomas generados por el internamiento prolongado.

Intercepción cinética.

Es algo que se produce de forma paralela a la intercepción del pensamiento. Consiste en una parada brusca en la actividad motórica y al cabo de un rato la persona reanuda su actividad.

Durante el periodo que dura, el paciente presenta un proceso ¿alucinatório? y como consecuencia la intercepción cinética puede derivar hacia una intercepción delirante, en este caso hacia lo que sería un delirio de influencia.

Puede tener dos síntomas asociados:

- Negativismo, el sujeto se niega a acatar órdenes e incluso puede hacer lo contrario de lo que se le dice.
- Obediencia automática, el sujeto obedece de forma automática todo lo que se le dice que tiene que hacer.

Estos dos puntos son característicos de la esquizofrenia catatónica.

Ecomimia, ecolalia, ecopraxia.

Consiste en la repetición imitativa de gestos, palabras y acciones. La persona va a repetir de forma automática e involuntaria.

No denotan otra cosa que un intento por mantener los procesos del pensamiento.

Acto impulsivo.

Consiste en cualquier acción que realiza una persona sobre la cual no tiene ningún control sobre sí mismo. Lo que ocurre en la persona es que entre el impulso y la acción no media nada.

Los actos impulsivos más frecuentes suelen ser agresivos o sexuales.

Acto compulsivo.

Es la derivación psicomotora de las ideas obsesivas.

Hipobolia, hiperbolia, abulia.

Son trastornos de la voluntad, que es el paso previo a la actividad motórica.

La hipobolia es una disminución del impulso a la acción. Su energía para ponerse en acción está disminuida y les lleva a un estado de apatía. Suele ir acompañada de cansancio (astenia)

La hiperbolia consiste en una necesidad exagerada de hacer cosas y es característico de los trastornos maníacos.

La abulia sería la ausencia total de voluntad de acción.

Tic.

Es un espasmo muscular involuntario que aparentemente no tiene ninguna significación y que además se produce sin que el sujeto sea consciente de ellos ya que no lo puede controlar

El tic se interpreta como el residuo de un movimiento complejo que reflejaba un estado emotivo.

TEMA 9: TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD.

Son trastornos que afectan al tono afectivo del individuo.

1- DEPRESIÓN.

Tiene una doble afección desde el punto de vista psicopatológico es un trastorno mental, en segundo lugar, puede ser entendido como un síntoma que puede aparecer en otros trastornos mentales.

Es una disminución del tono afectivo general de la persona, sería una hipotimia.

Tipos:

- **Endógena**, tristeza sin motivo o causa aparente.
- **Reactiva**, reacción de tristeza ante una situación o estímulo externo identificable.

Para que la tristeza sea considerada como patológico tiene que ser una tristeza desproporcionada en intensidad y duración con respecto al estímulo desencadenante.

La depresión suele ir acompañada a otras sintomatologías como son:

- Hipobulia.
- Hipolinesia.
- Bradisiquia.
- Anherdonia.

Esta última consiste en una pérdida en la capacidad de experimentar placer en los actos que la producen.

2- EUFORIA O MANIA.

Síntoma contrario al de la depresión y consistiría en la exaltación exagerada del tono afectivo que aparentemente no tiene ninguna motivación.

La euforia y la depresión son dos síntomas que generalmente forman parte de un mismo esquema en el sentido de que son dos estados que suelen alterarse. Cuando se alteran se ajustarían al denominado trastorno maniaco depresivo, que en la actualidad se llama trastorno bipolar, que consiste en pasar de una exaltación exagerada del ánimo a una disminución.

3- DISTIMIAS.

Consisten en variaciones bruscas de la afectividad y estas variaciones no

tienen ninguna correlación con estímulos ambientales.
Es característico de las demencias y esquizofrenias.

4- EMBOTAMIENTO AFECTIVO O POBREZA AFECTIVA.

Consiste en que la persona carece de componente afectivo, hay una ausencia en cuanto a la expresividad emocional. Es un sujeto inconsciente y frío.

Es característico de la esquizofrenia.

5- LABILIDAD EMOCIONAL O AFECTIVA.

Que consiste en una inestabilidad del tono afectivo debido a razones ambientales que lo provocan.

La labilidad emocional es un rasgo del carácter que se da en personas muy influenciables con una carencia de autenticidad afectiva.

6- AMBIVALENCIA AFECTIVA.

Consiste en la experiencia de dos sentimientos contrapuestos hacia el mismo objeto y de manera simultanea.

7- AUSENCIA (PSICOBICA) - ANGUSTIA (FISICA-ORGANICA).

Se define como un miedo sin objeto, sin causa aparente. Un miedo indefinido, no objetivo que mantiene a la persona en un estado de tensión constante "de que algo malo va a ocurrir".

La angustia se definiría como correlato... psicossomático de la ansiedad. Los signos más comunes de la angustia son:

- Aumento FC.
- Aumento FR.
- Sensación de disnea.
- Ahogamiento.
- Sequedad de boca.
- Temblores.
- Vómitos.
- Poliuria.
- Sudoración.
- Sensación de nudo en el estomago.
- Cambios vasomotores con sensación de sofocos...

8- INCOHERENCIA AFECTIVA (PARATIMIA).

Es un síntoma psicótico que consiste en que ante un acontecimiento cualquiera el sujeto reacciona con una emoción o afecto desconexionado con la acción que lo genera.

Se detecta por una falta de control sobre las emociones por parte del paciente.

TEMA 10: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Hacen referencia a los trastornos generales que afectan al desarrollo, al funcionamiento y a la madurez del yo. Se entiende el yo como una instancia psíquica integradora con capacidad para controlar los estímulos externos y los impulsos instintivos.

Algunos autores distinguen dentro del yo lo que es:

- **Yo corporal**, la instancia de integración corporal que nos permite percibir nuestro cuerpo como algo organizado, como un todo.
- **Yo psíquico**, sería la imagen psíquica de uno mismo.

1- DESPERSONALIZACIÓN.

Consiste en la experiencia y el sentimiento de no ser ya uno mismo. La persona empieza a extrañarse de aspectos de su personalidad y empieza a no reconocerse. En psiquiatría hablaríamos de una escisión del yo (el yo se rompe) y como consecuencia la persona tiene que organizar una nueva personalidad.

2- PERDIDA DE LA PROPIA IDENTIDAD.

Consiste en una desorientación autopsíquica, hay una pérdida de la noción de si mismo.

3- PERDIDA DEL GOBIERNO DE SI MISMO.

Consiste en que la persona considera que no es dueño de sus actos y considera que hay otras personas o fuerzas que controlan su comportamiento.

4- TRASTORNO EN EL ESQUEMA CORPORAL.

Se produce un rompimiento del yo corporal en donde la persona pierde la noción de su cuerpo como algo organizado, unido, que empieza a no reconocer su propia corporalidad.

TEMA 11: TERAPIA DE CONDUCTA.

Hay un aspecto previo a la intervención que es de vital importancia que es la evaluación conductual. La terapia de conducta se entiende como el proceso de obtención de información que va a permitir tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de dicho cambio.

La evaluación conductual tiene unas **características diferenciales** de otros procesos evaluativos:

- * No es puntual, es producto de un proceso continuado.
- * Presta atención a la conducta distinguiendo tres tipos de respuestas:
 - Triple sistema de respuesta:
 - Respuestas motoricas.
 - Respuestas psicofisiologicas.
 - Respuestas cognitivas.

Trastorno fóbico: fobia a volar (problema)

Su evaluación conductual: Motoricas, psicofisiologicas, cognitivas (pensamientos, emociones).

- * Se centra en identificar las variables actuales que controlan una conducta. En el enfoque conductual el enfoque o origen de un problema es secundario y lo importante son los mecanismos que lo siguen manteniendo. No nos importa porque empezó a beber en una persona alcohólica, sino porque lo sigue haciendo.
- * Pone un especial énfasis en la observación y cuantificación de la conducta.
- * La evaluación conductual siempre va a ser un proceso individualizado o mejor dicho personalizado.

FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.

1- Definición de las conductas - problema.

Conjunto de conductas que una persona realiza o no realiza más las consecuencias generalmente negativas que de esas conductas se derivan.

Esta investigación se va a realizar por medio de dos tipos de análisis:

- El primer análisis es el **análisis topográfico de la conducta** que consiste en la descripción precisa de las conductas - problema o lo que hace o no hace una persona. Para realizar esta descripción, la evaluación conductual se vale del triple sistema de respuesta.

- Las respuestas del sistema motorico serian aquellas respuestas denominadas externas, son aquellas respuestas observables: sonreír, hablar, interpretar.
- Las respuestas psico - fisiológicas tienen una especial relevancia en problemas con base emocional de ansiedad o de miedo. Aunque no son directamente observables se pueden medir, cuantificar las respuestas psicofisiologicas que han sido mayor objeto de evaluación. Respuestas musculares, gástricas, sudoración, cardiacas.
- Respuestas cognitivas son las que presentan una mayor dificultad para su delimitacion. No se puede medir, ni es directamente observable, se suelen usar las expresiones/respuestas verbales, tanto las externas como las internas, las representaciones e imágenes de la persona o también las emociones.

El análisis topográfico se completa además con la identificación de la frecuencia, la intensidad y la duración.

Otro aspecto que va a influir en la intervención que vamos a hacer es el determinar una conducta-problema como exceso o como déficit. Se entiende como exceso cuando se da con una frecuencia, intensidad y duración mayor que la adecuada o si aparece cuando su nivel de aceptación social es cero, lo va a hacer por déficit cuando no se da con la suficiente frecuencia, intensidad o duración. O bien no aparece en situaciones sociales en las que se espera que ocurra.

- El segundo análisis. El **análisis funcional** no va a valer para decir porque se da esa conducta, que variables controlan, explican esa conducta. Identificación de las variables, antecedentes y consecuentes de una conducta y el establecimiento de relaciones entre estas variables y dicha conducta. En terapia de conducta nos valemos de la ecuación conductual. Esta compuesta por 4 variables:
 - Estímulos antecedentes de la conducta.
 - Organismicas.
 - R o Conductas problema.
 - C E. consecuentes.
 - E ___ O ___ R ___ C

Estímulos antecedentes de la conducta.

Aquellos estímulos que están presentes antes de que una conducta ocurra y con la cual guardan una relación funcional comprobable, son los estímulos que actúan como conducta problema.

Pueden ser de dos tipos:

- *Estímulos externos*, que se producen en el entorno del sujeto.
- *Estímulos internos*, que produce el propio sujeto. Ej., fobia a perros.
Cond. problema = evitación.
Estimulo antecedente = visión del animal.
Estimulo interno = pensamiento (me va a morder).

Variables organísmicas.

Tradicionalmente han estado relegadas, no se les ha dado excesiva importancia, sin embargo hoy en día tienen un protagonismo importante porque entre un estímulo y la respuesta hay un organismo sociológico que en muchas ocasiones explica el que esa persona evita esa conducta.

Se tienen en cuenta tres tipos de variables:

- *Determinantes biológicos*, se incluyen factores hereditarios, enfermedades transitorias (fatiga, cansancio, recurso o psicofármacos y alcohol). Los determinantes biológicos tienen funciones disposicionales, alteran la incidencia de la estimulación antecedente.
- *Repertorio conductual*, repertorio de conductas de que dispone un sujeto. Va a determinar el que se pueda emitir una conducta dada.
- *Historia de aprendizaje*, nos va a proporcionar información:
 - › Del proceso por el cual unas conductas problema están bajo control de unas variables antecedentes o consecuentes completos. Va a depender del tipo de estimulación antecedente o consecuente que debemos de usar en la intervención.

Estímulos consecuentes.

Tendríamos los estímulos que siguen a la emisión de una conducta problema y que inciden sobre ella haciendo que la probabilidad de ocurrencia de esa conducta aumente o disminuye.

Ej., estoy a salvo. No me va a pasar nada, he controlado la sensación.

2- Establecimiento de objetivos.

Nos plantea a donde se debe de llegar en la evaluación conductual, el establecimiento de objetivos se desarrolla de forma absolutamente

rigurosa.

Se realiza mediante objetivos graduales. Se plantea un objetivo meta pero también se establecen sub. objetivos, debe superar un sub. objetivo antes de enfrentarse al siguiente.

Se hace en función a una serie de criterios:

- **Criterio intrínseco**, el establecimiento de objetivos de intervención se realiza en función de la jerarquía patológica de las conductas problema. Ejemplo depresión.
- **Intereses de paciente**, no es posible realizar un establecimiento de objetivos porque el paciente viene con una demanda terapéutica determinada.
- **Criterio práctico**, cuando el paciente presenta problemas se comienza a tratar el problema más sencillo ya que tiene un efecto motivante.
- **Criterio de ajuste social**, en igualdad de condiciones es conveniente comenzar con aquellas conductas que se refieren a dificultades en las relaciones personales.

3- Elección de estrategias.

Eligen las estrategias de intervención más adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos.

Se realiza en función de la naturaleza del problema también se tienen en cuenta las características del paciente (edad, si el paciente sigue las instrucciones o por ejemplo si existe alguna capacidad física que contraindique la elección de alguna estrategia). También se tienen en cuenta las variables del terapeuta, aspecto más ético, el profesional tiene una moral o ética de elegir aquellas estrategias con las cuales hay mejor habilidad.

4- Evaluación de los resultados.

Nos permite saber si un tratamiento es exitoso o en caso contrario poder modificarlo o cambiarlo. Existen tres tipos de evaluación:

- **Evaluación a lo largo del tratamiento**, nos permite conocer si los objetivos terapéuticos están siendo alcanzados.
- **Evaluación tinal**, coincide con la evaluación del último objetivo propuesto y es el indicado de la finalización de la intervención. Nos indica si los objetivos los hemos alcanzado.
- **Seguimiento**, nos permite valorar si los cambios generados con la intervención se han establecido, se eligen cuatro momentos:

- Contacto al mes.
- Contacto al 3 mes.
- Contacto al 6 mes.
- Contacto al año.

TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS.

1- Desensibilización sistemática (DS).

Es una técnica de intervención enfocada al manejo de cualquier tipo de problema que tenga un sustrato de ansiedad. Es una técnica cuya base teórica es un principio de aprendizaje contracondicionamiento por inhibición recíproca.

Ansiedad ⇔ Respuesta antagónica (respuesta de relajación).

Cuando una persona aprende esto, y esta ansiosa, inhibe su estado de relajación. Si la persona aprende a relajarse en las situaciones de ansiedad estarán mejor.

Fases:

- **Entrenamiento en relajación**, enseñan a la persona a relajarse. Conducta contraria a la ansiedad. Cualquier método que induzca a un estado de relajación es válido. Sin embargo, usada de forma tradicional el método de relajación progresivo de "Jacobson" que consiste en una serie de ejercicios sistemáticos de tensión y relajación que se producen como consecuencia de los ejercicios. Duración de 20 a 60 segundos.

➤ Entorno adecuado - iluminación adecuada - Tª adecuada, ausencia de estímulos externos

➤ Posición - sentada en butaca cómoda, sin cruzar las piernas y con ropa holgada.

- **Elaboración de la jerarquía de indicios**, se realiza de forma simultánea al entrenamiento de relajación. Dura 30 minutos. Es una lista de situaciones que están relacionados con la situación que le genera ansiedad. En estas tarjetas deben de abarcar todos los posibles grados de ansiedad (mínima, moderada, severa, hasta la más intensa). Una vez anotados se estructura la jerarquía. Normalmente se realiza conjuntamente el paciente y entrenador.

Se asigna de forma arbitraria el valor 100 a aquellas situaciones que genera el nivel máximo de ansiedad, y el valor 0 a aquella situación que genera el nivel mínimo de ansiedad.

Ejemplo, ansiedad ante los exámenes = anotar 20 a 30 situaciones en cada tarjeta que este relacionada con la ansiedad ante los estímulos.

Asignar el valor 100 esperando a que entrar en sola (cada uno es diferente).

Asignar el valor 0 poner la fecha del estímulo.

Estructurar la jerarquía (10 ítems) a intervalos regulares.

- * Valor 90, compañero te dice tema que entra y no te lo sabes.
- * Valor 80, entrar en la escuela. Jerarquía espacio - temporal. En las situaciones no hay que seguir este orden.
- * Valor 70, coger el bus (hemos quedado con compañeros).
- * Valor 60, cuando te levantas.
- * Valor 50, nunca antes.
- * Valor 40, 3 días antes.
- * Valor 30, 1 semana antes.
- * Valor 20, 10 días antes.
- * Valor 10, cuando empiezan a estudiar.

La persona empieza a objetivar sus niveles de ansiedad.

- **Practica en imaginación**, visualización de escenas. Se le da la instrucción al paciente de que trate de imaginar de la forma más clara y nítida posible las escenas que se le van a describir. Se relaja al paciente con los ojos cerrados y se le describe la primera escena que debe de ser emocionalmente neutra:

Imagine como si realmente estuviese pasando que estas en una terraza tomando un café en un día soleado de primavera. El paciente se lo imagina entre 5 y 10 minutos luego que deje de imaginarlo y se centre en su estado de relajación en un tiempo de un minuto. Se saca al paciente de su estado de relajación y se le pide que describa lo que ha imaginado.

El objetivo es saber si el paciente es capaz de imaginar una escena.

Si las descripciones son muy pobres con pocos detalles se le pueden dar indicios para que imagine escenas al detalle.

Esto se repite varias veces cada escena siempre mientras que no generen ningún tipo de ansiedad.

En una sesión siguiente se pide al paciente que imagine una escena que suscite niveles moderados de ansiedad. Estas escenas es importante que no tengan que ver con la jerarquía del paciente "imagina que en el monte le aparece una serpiente". El paciente en el momento que sienta el más

mínimo nivel de ansiedad lo indique para no interferir en la técnica normal, se indica con un gesto en la mano.

El objetivo de esta práctica es identificar los niveles de ansiedad que se le están generando.

-**Desensibilización sistemática (DS)**, describir al paciente mientras esta profundamente relajado las escenas de la jerarquía de forma que sea capaz de imaginarlo vivirla sin sentir ansiedad y si la siente tendrá que indicarlo.

Los primeros 5 minutos se dedican a inducir al paciente a un estado de relajación profunda ⇒ describiremos el primer ítem de la jerarquía durante 5 a 7 minutos para que la visualice, si el paciente no da muestras de ansiedad se dice que deje de imaginar la escena y se concentre en la relajación en un periodo entre 30 y 60 minutos.

Cada ítem debe de ser presentado al menos dos veces seguidas sin que el paciente sienta ansiedad, así pasaremos al siguiente ítem de la jerarquía, la segunda visualización es entre 10 a 15 minutos.

Si el paciente hace una señal de ansiedad en uno de los ítems, dejar de imaginar la escena e inducir a un estado de relajación profunda ⇒ si el fracaso se produce en la primera presentación volvemos a presentar el mismo ítem.

Si se produce ansiedad en la segunda presentación (en las 2 presentaciones), volvemos al ítem anterior e insistir en desensibilizar este ítem o bien crear un ítem intermedio.

En cada sesión se desabilizan entre 3 y 4 ítems. Una sesión no debe finalizar nunca en un fracaso.

Es recomendable empezar la siguiente sesión con el último ítem trabajado en la sesión anterior.

Finaliza cuando el paciente es capaz de imaginar todas las escenas de la jerarquía sin sentir ningún signo de ansiedad.

Problema: no se genera la misma sensación en una DS con imaginación que una DS real por ello al finalizar se le expone a la situación real, en vivo.

2- Técnicas de exposición.

Tienen por objetivo reducir o eliminar las respuestas desadaptativas de ansiedad mediante la exposición a estímulos ansiogenos de alta intensidad, durante periodos prolongados de tiempo en ausencia de consecuencias reales dolorosas.

Existen muchas técnicas e aquí una de ellas:

IMPLOSIÓN.

Estrategia de intervención altamente estructurada que se desarrollaría de la siguiente manera:

- Análisis conductual y elaboración de la jerarquía de indicios, análisis conductual para obtener el máximo de información. La elaboración de la jerarquía es similar a la de la DS salvo tres diferencias:
 - Incluye tanto indicios externos como internos (o dinámicos igual ideas del paciente, impulsos.
 - Todos los ítems de la jerarquía deben de suscitar niveles altos de ansiedad.
 - La jerarquía es elaborada única y exclusivamente por el entrenador, el paciente no participa en la elaboración.
- Entrenamiento en imaginación, simular al entrenamiento que no se usa en la DS salvo que las escenas que se descubren son siempre neutras.
- Sesiones de implosión, donde se le pide al paciente que se siente cómodamente, que mantenga los ojos cerrados, y que se imagine las escenas que se le van a presentar de la forma mas nítida y realista posible. Ha diferencia con la DS es que aquí no se espera a que el paciente este totalmente relajado. El entrenador comienza con la descripción continuada volviendo sobre los mismos temas o sobre ítems siguientes. A los 3 o 4 minutos de iniciada la descripción de las escenas se intenta maximizar la activación emocional fisiológica presentando las escenas de la forma más dramática y terrorífica posible.

El paciente para aguantar el tratamiento con técnicas de explosión hay que estar físicamente sanos sino es mejor no realizarlo.

Objetivo:

Mantener de forma constante el nivel emocional máximo hasta que aparezca una reducción espontánea de la activación emocional. Una vez que sucede esto, se vuelve a describir nuevos ítems de la jerarquía para volver a lograr el nivel de activación alto (no se deja al paciente en paz). Así el proceso se repite continuamente hasta observar reducciones significativas de la respuesta de ansiedad.

Estas reducciones las podemos constatar mediante indicadores externos (sudor, aumento de FR,...) aunque lo habitual es usar registros fisiológicos (psico - fisiológicos: respuesta cardiaca, impulso

muscular,...) las sesiones suelen durar entre 45 y 60 minutos.

- Auto aplicación, Homeworks, consiste en que entre sesión y sesión el paciente en su casa debe de imaginarse las escenas que se le han presentado en la sesión anterior.
- Finalización del tratamiento, finaliza cuando el paciente es capaz de imaginarse en las situaciones de la jerarquía con reducción significativas de la respuesta de ansiedad. Consigue efectos muy rápidos.

3- Entrenamiento en habilidades sociales.

Habilidad social ⇒ todos aquellos comportamientos eficaces en situaciones de intervención social.

EHS ⇒ consiste en un procedimiento desarrollado según un modelo de aprendizaje compuesto por técnicas conductuales y orientado a la adquisición de respuestas motoras, verbales y no verbales.

Se puede aplicar en cualquier ámbito. Se va a poner en marcha cuando la persona tiene un déficit de habilidades sociales por tres razones:

- Por tener un déficit de conductas, el fracaso social de la persona se explica porque carece de conductas adecuadas en su repertorio conductual.
- Por tener un déficit de habilidades perceptivas y/o cognitivo, el comportamiento incorrecto o inadecuado se debe a la carencia o uso erróneo de habilidades perceptivas o cognitivas consecuencia: la persona va a interpretar erróneamente las señales sociales.
- Por tener inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada, la persona dentro de su repertorio de respuesta tiene los comportamientos adecuados, sus habilidades cognitivos y perceptivos son adecuadas pero es deficitario en un comportamiento determinado debido a la ansiedad que genera ciertos estímulos sociales de una situación concreta.

El EHS tiene cuatro fases:

Información y demostración de la conducta.

- Objetivo inicial, ofrecer a la persona una información clara y concisa sobre aquellas conductas que se consideran más eficaces y más adecuadas en una determinada situación social. Demostración de la conducta: se realiza a través de una técnica que se denomina "el modelado", consiste en que la persona lo que hace es observar a un modelo ejecutar las conductas

que tiene que aprender. Puede ser de dos tipos:

- > **Real**, observar a un modelo ejecutando una conducta.
- > **Encubierto**, la persona tiene que imaginarse a un modelo ejecutar la acción que tiene que aprender.

Existen una serie de variables que van a hacer que el modelado sean más o menos eficaz,

- utilización de varios modelos.
- Similitud entre el modelo y el observador.
- El modelo recibe un refuerzo por su ejecución.
- Suministras de manera simultánea a la ejecución del modelo informativo adicional sobre dicha ejecución.

Otra variable es la de usar modelos inexpertos o expertos. El modelado encubierto tiene una serie de ventajas sobre el modelado real:

- No requiere ningún tipo de preparación.
- Es más versátil.

Desventajas:

- La persona puede reproducir la conducta de forma inadecuada.

Reproducción y práctica de la conducta.

Una vez que se ha informado y demostrado las conductas que la persona tiene que aprender si le da la oportunidad para que trate de reproducirlas y entrenarlas.

Para ello se usa "el ensayo conductual". Consiste en ejecutar ciertos patrones de conducta relacionados con situaciones sociales relacionados con situaciones sociales específicas en un ambiente seguro creado en situaciones de entrenamiento y bajo la supervisión de un entrenador. Al igual que en modelado puede ser real o encubierto.

Conducta encubierto, la persona se imagina a si misma exhibiendo la conducta que no posee y que le gustara ejecutar.

Tiene dos ventajas:

- es muy flexible, en cuanto a su puesta en marcha
- el paciente puede imaginarse exhibiendo cualquier tipo de conducta.

Inconvenientes:

- Puede realizar un ensayo conductual encubierto de forma errónea.
- No permite la acción correcta del entrenador.

Los ensayos conductuales encubiertos preceden de forma preparatoria a los

ensayos conductuales reales.

Moldeamiento de conductas.

- Retroacción o feedback
- Refuerzo.

Se emplean de forma inmediata al ensayo conductual.

Su objetivo es moldear las conductas de las personas para que progresivamente se aproximen a los patrones de ejecución que se consideran más eficaces.

- **Retroacción**, proporcionar información correcta y útil acerca de la actuación de las personas. Normalmente suele ser verbal se usa el video feedback y el auto feedback. Para que esta retroacción verbal sea eficaz debe de cumplir dos requisitos:

- Se tiene que usar en términos comprensibles.
- Debe de ser inmediata.
- Si se centra en aspectos concretos de la conducta.
- Debe de tener carácter correctivo.

Video feedback es grabar en video la ejecución o el ensayo conductual.

Ventajas:

- Nos da una información de la ejecución precisa y objetiva.
- Puede revisarse cuantas veces se quiera.

Inconvenientes:

- Resalta los aspectos negativos de la ejecución que los positivos.

El objetivo final es generar un auto feedback.

La persona que realiza un ensayo conductual será capaz de evaluar con objetividad la eficacia de esa ejecución.

- **Refuerzo**, se van a aplicar para proveer de motivación a la persona y mejora sus conductas y mantenga los logros que ha conseguido. Hay dos tipos:

➤ Verbal, los emite el entrenador en forma de aprobación de alabanza o de permiso. Suelen ser suficientes. En grupo también los emiten los componentes del mismo.

➤ Tangibles, en determinadas poblaciones: niños, pacientes psiquiátricos hospitalizados, personas con discapacidad intelectual y poblaciones con repertorios de respuestas muy deficitarias; es recomendable.

Son por ejemplo, el dinero, la comida, golosinas, y sobre todo las token (fichas).

TOKEN, hay una lista de premios que se conseguirán con el conmuta de fichas. Premios, algo tangible o no, por ejemplo una visita. Es conveniente aplicar refuerzos verbales de manera simultánea. También se han usado refuerzos negativos como el desvío de la atención y castigos.

Mantenimiento y generalización.

Mantenimiento, permanencia de las conductas aprendidas o entrenadas en ausencia del reforzamiento.

Generalización, transferencia de las conductas entrenadas o aprendidas relacionadas con situaciones concretas y moldeadas en un ambiente de seguridad o contextos reales.

Es una fase que hay que planificar desde el principio del entrenamiento. La planificación debe de incluir los siguientes aspectos:

- Enseñar conductas efectivas que maximalicen el éxito y reduzcan al mínimo la probabilidad de fracaso.
- Planificar entrenamientos realistas.
- Realizar muchos ensayos conductuales con el objetivo de que los patrones de conducta adquiridos resulten habituales.
- Asignación de los homeworks, que hay que realizar tareas en casa.
- Comprometer a las personas relacionadas con el paciente en el ambiente real, para que le apoyen en los progresos que realice. (este compromiso es especial importante en niños).
- Realizar seguimientos amplios (por si necesita un entrenamiento adicional).

El entrenamiento en habilidades sociales tiene un amplio ámbito de aplicación y con gran probabilidad de éxito.

5- Contexto de aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales se puede aplicar en dos tipos de contexto:

Grupal.

Ventajas o factores que lo favorecen:

- El grupo constituye un marco social de referencia de gran utilidad para discriminar las conductas socialmente adecuadas.
- La aplicación del modelo es más efectiva, porque hay mucha diversidad

- y se pueden usar tanto expertos como inexpertos.
- La aplicación de esta técnica en grupos es mas rica porque la persona esta expuesta a estilos muy diversos de ejecución, sobre todo en grupos heterogéneos cuyas variables sean diferentes (edad, raza, sexo,...).
 - Al participar el resto de los miembros en la retroacción y el refuerzo, son más amplios y pueden resultar más eficaces.
 - Reduce la intimidación, la persona experimenta un cierto alivio cuando comprueba que el resto de los miembros pasa por sus mismas dificultades.
 - Aumenta las expectativas de mejoría, sobre todo en aquellas personas que observan los progresos de sujetos veteranos.
 - Puede hacer progresar a la persona al explorar la problemática del resto de los miembros.

Individual (como máximo tres miembros).

Ventajas:

- Adecuación de los entrenamientos a las necesidades específicas de la persona.
- Podemos crear un contexto mas seguro para la persona.
- Se puede realizar una aplicación más intensiva del entrenamiento.
- Se evitan ciertos riesgos de los entrenamientos en habilidades sociales, grupales, modelados incorrectos, retroacción incorrectos,...

Lo más habitual es realizar entrenamientos en habilidades sociales mixtos, cuya secuencia es la siguiente:

> Grupo no superior a 15 miembros con dos o tres entrenadores convenientemente de diferente sexo.

- Informas sobre las conductas y respuestas que el sujeto debe de aprender.
- Se realiza el modelado, modelos (entrenadores y miembros).
- Una vez realizados las primeras sesiones, pasamos a la aplicación individual.

> Individual de un miembro con un entrenador.

- Ensayo conductual.
- Aplicación de retroacción y refuerzo por parte del entrenador.
- Se vuelve al grupo, se repiten los ensayos conductuales aplicando nuevamente el refuerzo y la retroacción por parte de entrenadores y

miembros.

Así optimizamos las ventajas de ambos entrenamientos.

TEMA 12: TERAPIA COGNITIVA

DESARROLLO HISTORICO

Es una modalidad de intervención que trata de integrar diversos enfoques (integra enfoque psicodinamico, conductuales y humanistas).

La importancia de los factores cognitivos en el trastorno mental no es algo nuevo ya que tiene antecedentes históricos que se remontan a la época de los romanos "las personas no se trastornan por los acontecimientos sino por lo que piensan de esos acontecimientos".

Hoy en día, existen dos corrientes teóricas que han favorecido el surgimiento de la terapia cognitiva.

Estas dos corrientes son:

- Teoría cognitivo - semántica.
- Teoría aprendizaje social.

Teoría cognitivo - semántica.

Agrupan a una variedad de enfoques cuyo punto en común es que su foco terapéutico es modificar los patrones de pensamiento erróneos de la persona. Para el cognitivo - semantico el trastorno mental es un desorden del pensamiento. Este desorden modifica la percepción que tenemos de la realidad de una forma subjetiva.

Esta distorsión nos va a llevar a tener emociones disfuncionales y conductas inadaptadas.

A.ELLIS.

Psicólogo humanista, aporta una modalidad de intervención que él denominó Terapia racional emotiva.

Para Ellis la mayor parte del sufrimiento de la persona está generado por el modo inadaptable en que construye su mundo y las creencias irracionales que mantiene.

Se centra (realiza) tres tipos de acción:

- Determinan que eventos perturban a la persona.
- Ayudan a la persona a descubrir sus pautas de pensamiento que constituyen la respuesta interna a los eventos y dan lugar a las emociones y conductas disfuncionales.
- Ayudar a la persona a modificar sus pautas de pensamiento.

Objetivo:

- Persona sustituya pensamientos por otros mas adaptados.

Aportaciones de A.BECK a la terapia cognitiva.

Aporta tres conceptos:

- *Evento cognitivo*, para Beck son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos el ser humano y a la que normalmente no prestamos atención. Sin embargo, para Beck esta corriente de pensamientos serian fácilmente recuperables si se demandaran. Estos pensamientos son vagos y generados sin que la persona los inicie voluntariamente. Además estos pensamientos son difíciles de interrumpir y frecuentemente se cree en ellos sin importar cuan lógicos sean.

Trabajaba con pacientes deprimidos.

Pensamiento anterior genera el sentimiento inadecuado.

TEORIA.

*Triada cognitiva, personas deprimidas la tienen. Consiste en un conjunto de pensamientos automáticos y negativos. Se refieren a tres aspectos:

- > A uno mismo.
- > A los demás.
- > Al futuro.

Este pensamiento tiene la consecuencia de generar toda la sintomatología depresiva.

- *Proceso cognitivo*, los eventos cognitivos se refieren al comienzo de lo que pensamos, los procesos cognitivos se refieren a la forma en que nosotros producimos los pensamientos.

Se refiere al como pensamos.

Al igual que los eventos, son automáticos.

En la mayor parte de las situaciones no prestamos atención a la forma en que procesamos la información.

Hay cinco procesos cognitivos de uso generalizado y que son inadecuados:

- **Pensamiento dicotómico**, consiste en la tendencia del ser humano a dividir los eventos en opuestos en la tendencia a pensar en términos extremos y absolutos (lo vemos blanco o negro). "Debo de hacer las cosas perfectamente o no son validas".
- Otro tipo de pensamiento muy común es la **sobregeneralización**, que consiste en llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasa. Es mas, las personas tendemos a hacer una generalización injustificable en base a un único incidente.
"Fracasar" = y como consecuencia pensar "Nunca lo conseguiré".
"Discutir" = "todos están en mi contra".
"Ruptura" = "Nadie es confiable".
- **Magnificación**, consiste en la tendencia que tiene el ser humano de valorar los eventos como mas importantes amenazantes o catástrofes de lo que objetivamente son.
- **Inferencia arbitraria**, consiste en elaborar conclusiones cuando se carecen de evidencias e incluso estos son contrarios a las conclusiones.
- **Sesgo confirmatorio**, que se refiere a la tendencia que tiene el ser humano para atender selectivamente a aquellos eventos que confirmen nuestras creencias o hipótesis iniciales.

Los cinco procesos cognitivos dan problemas.

- *Concepto de estructura cognitiva*, las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas que determinan a que eventos vamos a prestar atención y a como vamos a procesar la información, las estructuras cognitivas tienen una influencia sobre la clase de información a la que vamos ha atender, como la vamos a estructurar y que importancia le vamos a atribuir.

Una estructura cognitiva seria el **autoconcepto** que si es **negativo** voy a poner en marcha unos procesos determinados que van a poner en marcha unos eventos y si el **autoconcepto es positivo** se va a poner en marcha otros procesos y otros eventos.

Teoría de aprendizaje social:

- La primera aportación a la terapia cognitiva es que sostiene que la mayor parte de nuestro aprendizaje está mediado cognitivamente.
- La segunda aportación es que sostiene que en lugar de responder a las circunstancias ambientales, el ser humano responde principalmente a las representaciones cognitivas de esas circunstancias ambientales.

Conceptos y principios teóricos de la teoría cognitiva:

● Modelo de psicopatología:

Para la terapia cognitiva las cogniciones o pensamientos de la persona son únicamente uno de los factores que contribuye a la etiología y un mantenimiento del trastorno mental.

El trastorno mental no se debe a un factor único sino a muchos.

● Modelo de cambio de conducta:

Es un modelo dinámico que se divide en tres etapas:

1ª fase: Entrenamiento de la persona para ser el mejor observador de su conducta.

Se hace al estimular la autoexploración y el auto registro de la persona.

Esta fase de recolección de datos le permite a la persona:

- ⊕ Definir su problema
- ⊕ Formular objetivos terapéuticos
- ⊕ Percibir datos relevantes a los que previamente pudo haber desatendido o pasado por alto
- ⊕ Reformular sus problemas, es decir, que puede definir sus problemas en términos de problemas resolubles

2ª fase: Ayudar a la persona a desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores.

El objetivo es producir cambios en 3 áreas:

- ⊕ En la conducta manifiesta de la persona
- ⊕ En la actividad autorreguladora de la persona que es las autoinstrucciones, mensajes, imágenes, autodeclaraciones que hace el sujeto. Se trata de reducir el impacto y frecuencia de esta actividad.
- ⊕ En las estructuras cognitivas

3ª fase: Consiste en consolidar los pensamientos y sentimientos de la persona con respecto al cambio.

Durante esta fase se trabaja con la persona para consolidar los cambios, promover generalizaciones, disminuir la probabilidad de

recaídas.

Se proponen como objetivos:

- ✚ Hacer que la persona atribuya los cambios a sí mismo lo cuál le va a dar un grado de autonomía importante y favorece el sentimiento de competencia
- ✚ Afianzar el tratamiento ayudando a la persona a anticipar las recaídas. La mayor parte de los problemas que tiene un paciente y que resuelve durante la intervención pueden volver a ocurrir. Para evitar una posible recaída, se identifican con antelación aquellas situaciones que se consideran de alto riesgo y se le enseñan al cliente habilidades de afrontamiento adecuadas para hacer frente a tales situaciones.

Estrategias y técnicas de intervención:

Unas características comunes de las terapias cognitivas son:

- Son activas
- De tiempo limitado
- Considerablemente estructuradas
- Pueden ser aplicadas de forma individual, en pareja o en grupo

Existen poblaciones en las cuales la terapia cognitiva tiene mayor probabilidad de éxito. Básicamente son:

- ✗ Personas deprimidas
- ✗ Trastornos de ansiedad
- ✗ Problemas de impulsividad infantil

Modalidades de intervención:

✚ **Terapia de reconstrucción cognitivo:** Esta diseñada para ayudar a la persona a identificar, contrastar con la realidad y corregir sus creencias irracionales.

El objetivo es que la persona se haga consciente del efecto que tienen sus pensamientos y sentimientos sobre su conducta y a cambiarlos por pensamientos y sentimientos más adaptados.

Fases de la terapia:

- 1- Auto registro de pensamientos: Debe ser diario, y al menos la persona debe de registrar las situaciones en las cuales estuvo perturbado y los sentimientos y pensamientos automáticos negativos que experimento.
- 2- Analizar el grado de validez: De los pensamientos y

sentimientos, hasta que punto de vista son validos, adecuados,... Además se van ha desarrollar pensamientos y sentimientos adecuados que podrá emitir en esas situaciones.

3- Ensayo cognitivo: En los que el paciente visualiza cada uno de los pasos de una secuencia conductual y la identificación de trampas del pensamiento que pueden interferir en esa conducta.

4- Tareas para la casa / Asignación de tareas graduales: lo que hace es que ponga en marcha habilidades de afrontamiento en situaciones reales y esta asignación de tareas tiene que tener carácter gradual para favorecer la autoestima y competencia del cliente.

+ Entrenamiento en resolución de problemas: Es una estrategia de intervención que esta diseñada para hacer frente a los problemas de una manera eficaz y lógica. Se desarrolla en 3 fases:

1- Fomentar la predisposición a resolver el problema: Incluye las siguientes tareas:

- Identificar y reconocer una situación problemática cuando se presenta
- Aceptar la idea relativa a que en la vida la presencia de problemas es normal e inevitable
- Generar la expectativa en la persona de su propia capacidad para resolver el problema efectivamente

2- Definir y formular el problema: Las tareas a realizar serian las siguientes:

- Buscar todos los hechos e informaciones disponibles acerca del problema, es decir, realizar una descripción cuidadosa de los hechos
- Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias. Evitar interpretaciones o suposiciones
- Identificar las circunstancias o factores que hacen una situación problemática
- Establecer un objetivo realista en la resolución del problema. Especificar el resultado deseado

3- Generación de alternativas: En esta fase se generan posibles alternativas para solucionar el problema, se evalúan los pros y los contras de cada alternativa y se ordenan de acuerdo a su

posibilidad de éxito. Con esta fase una vez generadas las alternativas se pueden ensayar antes de llevarlas a la práctica. Dentro de esta fase se pone en practica las alternativas generadas, se comienza por la que se cree que tiene mayor probabilidad de éxito. En esta fase hay que avisar a al persona que es posible que la alternativa elegida fracase y tiene que estar preparado para ello.

TEMA 13: TERAPIA GESTALTICA (de Gestalt)

La terapia de Gestalt es de orientación fenomenológica y que esta muy vinculada a su creador. El creador de la terapia es un psiquiatra y psicólogo alemán que se llama F. Perls.

Perls entra en conflicto con las teorías psicoanalistas y crea su propia modalidad de intervención.

En 1947 publica un libro que se titula "El yo, el hambre y la agresión". En este libro Perls aborda por primera vez el papel de la conciencia en el desarrollo y mantenimiento de un comportamiento humano normal y menciona que cuando se produce un comportamiento desordenado esto indica que el proceso de crecimiento psicológico se ha obstruido por distorsiones de la conciencia.

Para Perls los trastornos de la conciencia asumen muchas formas generalmente que se plasman en los mecanismos de defensa. Para las personas a quienes por diferentes razones le son incómodos y difíciles de experimentar ciertas necesidades directamente lo que hacen es desarrollar estrategias manipuladoras, juegos y roles que tienen por objeto satisfacer estas necesidades de forma indirecta. De alguna manera estas personas bloquean su proceso de crecimiento porque no toman conciencia de las cosas y además crean la impresión de que no son responsables de sus problemas, o bien culpan a otra persona o bien atribuyen a circunstancias ambientales o incluso a fuerzas internas sobre las cuales no tienen control.

Las meta de la terapia de Gestalt es la de restablecer el proceso interrumpido de crecimiento de la persona.

Esto se va hacer ayudando a la persona a:

- ✦ Estar consciente de los sentimientos, ideas, deseos e impulsos que no ha desconocido o negado como propios pero que sin duda son parte del mismo.
- ✦ Reconocer las ideas, sentimientos y valores que la persona cree que son parte de sí mismo, pero que en realidad los ha tomado prestados de otra persona.

Para conseguir esta meta se utilizan unos métodos determinados.

Métodos de la terapia de Gestalt:

◆ Concreción en el "aquí" y "ahora":

Para Perls el progreso terapéutico solo puede lograrse manteniendo la persona en contacto con sus sentimientos en la medida en que ocurren en

el presente inmediato, en el aquí y ahora.

◆ Frustrar al diente:

Perls consideraba que la mayor parte de las personas acuden a terapia esperando sentirse mejor pero sin tener que cambiar realmente, no tener que dejar de utilizar sus juegos y sus toles. Esto lo consideraba una pérdida de tiempo así que frustraba de inmediato al cliente.

Todo mecanismo, juego o resistencia que manifestaba el paciente se confrontaba de manera inmediata.

◆ Uso de los mensajes no verbales:

Para la terapia de Gestalt el comportamiento no verbal es una fuente muy importante de materia prima y el terapeuta va a estar muy atento a lo que le paciente dice pero también a lo que hace. La conducta no verbal genera mensajes muy sutiles que a menudo contradicen lo que dice el cliente.

◆ Manejo de la resistencia:

Perls sostiene que una vez que la persona encuentra un conjunto de síntomas, juegos o/y defensas que funcionan aunque sea imperfectamente para protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia de sí mismo, la persona va a resistirse a hacer cualquier esfuerzo para avanzar.

Perls en lugar de contemplar esta resistencia como una barrera inanimada al crecimiento, piensa que es valioso que el cliente explore la naturaleza específica de la resistencia.

Para ayudar a la persona a que haga esto, Perls utiliza el juego de papeles o el juego de roles así la persona que muestra una resistencia se le pide que se convierta en esa resistencia para tomar una conciencia clara y experimental de lo que esa resistencia hace para él.

◆ Uso de los sueños:

En terapia de Gestalt los sueños se consideran no solo como el cumplimiento de deseos sino como mensajes de la persona así misma, por ello después de contar un sueño se le pide al cliente que lea el mensaje que le transmite al representar el papel de alguna o de todas las características y personajes del sueño.

Para cada persona el significado de un sueño es particular.

En el proceso de identificarse con los procesos que aparecen en los sueños Pearl consideró que el paciente se podría hacer consciente y asimilar partes de si mismo que el paciente dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por cualquier causa.

La terapia de Gestalt considera el sueño como una representación de

nuestra existencia en el momento en el que se manifiesta.

Pasos que da el paciente:

- El paciente cuenta su sueño
- Después de contar su sueño se identifica con los aspectos más relevantes de lo que ha soñado

Esta identificación tiene una doble finalidad:

- Integra los conflictos entre las diferentes partes de sí que están representadas en el sueño
- Identificar y volver a tomar posesión de características personales que consideramos negativos y que tenemos proyectado en el interior

Métodos menores:

1- Uso de los mensajes. Directos e inmediatos

La terapia de Gestalt propicia que halla una comunicación directa como medio por el que el paciente pueda asumir la responsabilidad de sus emociones.

Este uso de mensajes directos tiene que ser en el "Aquí y ahora". Esto significa que está prohibido en terapia de Gestalt hacer comentarios que no están presentes. Esta es evadir responsabilidad de lo que el piensa y siente.

2- Prohibición de discusiones intelectuales

Se descarta la posibilidad de hacer análisis intelectuales elaborados sobre una emoción y un comportamiento concreto porque de esta forma se impide la toma de conciencia inmediata en el "Aquí y ahora"

3- Método de las reversiones

También denominado jugar a los contrarios con esta técnica la terapia de Gestalt intenta hacer percibir al paciente que sus actitudes representan en ocasiones la inversa a sus impulsos ocultos.

4- Proyección

Se utiliza con el objetivo de que la persona identifique características de uno mismo que no reconocen y que proyecta en los demás.

5- Uso de los diálogos internos

El más utilizado es el que Perls denomina el mandamás y el pinche.

6- Desvelar un secreto

Se utiliza para explorar los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza y además explorar el apego inconscientemente que tenemos a nuestros secretos.

Factores que favorecen la aplicación grupal de la terapia de Gestalt

1- La esperanza de cambio

Un grupo de terapia de Gestalt al ser por norma general un grupo abierto. Esta compuesto por personas que se encuentran en diferentes momentos de su evaluación.

El contacto con pacientes que han hecho progresos en el grupo, refuerzan la esperanza de cambio en el nuevo miembro.

2- La universalidad

Perls dice que muchos pacientes comienzan la terapia con la certeza de ser los únicos en el mundo con su malestar.

Normalmente este tipo de personas sienten un tremendo alivio cuando constata que los demás individuos del grupo presenta las mismas inhibiciones y cometen los mismos errores.

3- El altruismo

Para Perls, la persona que comienza una terapia esta agobiado por sus sentimientos de inutilidad por una autoestima baja, que va a hacer que valore lo que procede de si mismo de forma irrelevante e intrascendente.

4- La experiencia grupal proporciona experiencias emocionales de alta calidad

5- El grupo supone un microcosmo social

Todos los miembros llegan a un punto en el que se comportan de la misma manera que en su vida social.

TEMA 14: TERAPIA DE FAMILIA

INTRODUCCIÓN:

La característica específica de la terapia de familia es su orientación sistémica, es decir, la terapia de familia concibe a la familia como un conjunto de sistemas los sistemas familiares se caracterizan por lo siguiente:

- ✦ Porque los elementos de la familia están interrelacionados, y estas interrelaciones en muchas ocasiones son muy complejas
- ✦ Un elemento de la familia no puede ser entendido aisladamente del resto del sistema
- ✦ El funcionamiento familiar no puede entenderse por completo mediante la simple comprensión de las partes
- ✦ La estructura y organización familiar son factores importantes que determinan la conducta de los miembros de la familia.
- ✦ Las pautas transaccionales del sistema familiar configuran las conductas de sus miembros

Las relaciones familiares son muy complejas y se van a mover en un continuo, en un extremo de ese continuo tenemos familias muy allegadas y en el otro polo tenemos familias muy distantes. Normalmente las familias se mueven entre estos dos polos.

En las familias distantes, lo que las caracteriza es el....., los miembros de la familia están en conflicto unos con otros que incluso les puede llevar a la reparación familiar. En el otro polo constan las familias muy allegadas que se caracterizan por una..... de los miembros del sistema familiar. En este sentido tanto un tipo de familia como el otro se pueden considerar patológicas.

CONCEPTOS CLAVE EN TERAPIA DE FAMILIA

La consulta inicial en terapia de familia:

Puede ser solicitada específicamente por familias con un alto nivel de conflicto sin embargo, existe la posibilidad de que un miembro de la familia en concreto que la demanda..... encubrir un demandante encubierto.

En estas situaciones hay que concienciar el problema.

La familia hace una demanda individual porque tiene miedo al enfoque familiar porque:

- ✦ Los padres tiene miedo de ser acusados de las dificultades de sus hijos, y esta los va hacer resistentes al problema familiar

- El miedo a que se va a declarar enferma a toda la familia
- Los reparos que suele oponer uno de los cónyuges, sobre todo el padre
- La sospecha de que una discusión abierta y sincera de la mala conducta de un hijo tendrá una influencia negativa sobre el resto de los hermanos

¿Quién es la familia?

¿Quiénes tendrán que acudir a la consulta?

En un principio se considera familia a toda aquella persona que convive en un hogar nuclear, luego habría que valorar el papel que juegan en esa familia los progenitores que no conviven en el núcleo familiar y otros miembros de la familia

La técnica de entrevista:

La entrevista en terapia de familia tiene una cualidad especial, esta cualidad proviene de dos hechos:

- La familia acude a tratamiento con una historia y una dinámica ya establecida firmemente
- Los miembros de la familia viven juntos y en cierto nivel dependen mutuamente para la construcción de su bienestar física y emocional.

Estos dos aspectos hacen muy especial a la entrevista y hay que tener en cuenta que en la entrevista participan todos los miembros de la familia, que todo lo que se dice es conocido por el resto de los miembros.

La entrevista suele ser muy controlada y dirigida por el terapeuta más que por el paciente. Por los terapeutas con dos terapeutas se evita que un miembro de la familia intente llevar a su terreno al terapeuta.

Los secretos:

Es frecuente que algún miembro de la familia solicite e insista en una sesión individual. Normalmente esta insistencia es porque quiere contar un secreto.

Existen unas recomendaciones que son:

- Cuando el secreto que quiere desvelar el paciente es un secreto del pasado y que no obstaculiza el tratamiento se considera que el paciente lo puede contar.
- Sin embargo, cuando el secreto este relacionado con un

problema actual o es un secreto activo se recomienda el no aceptar esa sesión individual.

Las transferencias:

La transferencia terapéutica es un instrumento que rara vez se utiliza en el marco de la terapia de familia. En terapia de familia lo que se hace es favorecer la comunicación entre los miembros de la familia y los sentimientos de transferencia emocional que se generan entre ellos.

Frecuencia y duración del tratamiento:

Normalmente es que las sesiones de terapia de familia sean semanales (una por semana) con una duración aproximada entre hora y media y dos horas y la duración del tratamiento va a depender básicamente de dos factores que son:

- ⊕ Naturaleza del problema
- ⊕ Modelo terapéutico de intervención

Los modelos enfocados en la resolución de problemas normalmente alcanzan sus objetivos en unas sesiones.

Por otro lado están los modelos que utilizan un enfoque orientado al crecimiento de la familia y pueden intervenir con la familia durante tres años.

SECUENCIA EN EL TRATAMIENTO

1- Fase de contacto:

En esta fase el objetivo es contactar con todos los miembros de la familia de forma que se sientan escuchados, comprendidos y respetados.

El problema que se plantea en esta primera fase de contacto es que cada miembro de la familia va a intentar ganarse al terapeuta y puede resultar difícil mantenerse neutral.

2- El contrato:

Se entiende por contrato la comprensión mutua entre el terapeuta y la familia acerca de la cuestión más importante de su labor mutua.

Existe una cierta tendencia a pasar el contrato por alto y es un error porque tiene que quedar claro lo que espera el terapeuta de la familia y la familia del terapeuta.

3- Recolección de datos

En esta fase utilizando un modelo determinado lo que se hace es formular

el problema presentado, sus causas y sus efectos en los diversos miembros de la familia.

Lo que se hace es recoger datos a dos niveles:

- ✧ A nivel digital se recogen las verbalizaciones de los miembros de la familia.
- ✧ A nivel analógico Se recogen datos como en que sitio se sienta cada miembro, como se comunican, como se miran (como utilizan la comunicación no verbal).

4- Introducción al cambio:

La terapia de familia en esta fase tiene un doble enfoque:

- ▲ La terapia familiar es un foco de cambio de las relaciones familiares con efectos hacia dentro, internos, dentro de la familia.
- ▲ La terapia familiar es un foco de resolución de problemas con efecto hacia fuera, fuera de las relaciones familiares.

Normalmente se suelen asignar tareas individuales grupales en esta fase. Además estos cambios que se producen dentro de la familia son cambios dinámicos en sentido de que una vez que se soluciona un problema generalmente suele cambiar el contexto familiar y esto hace que surjan nuevos problemas y por lo tanto hay que volver a evaluar y empezar otra vez.

5- Contrato a largo plazo

En algunos modelos una vez que la queja iniciada ha mejorado se permite revisar el contrato terapéutico.

Esta revisión tiene por objeto el proporcionar oportunidades a la familia de madurar y crecer como familia.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

1- Modelos psicodinámicos o experienciales:

Los modelos psicodinámicos son los únicos que utilizan la transferencia como instrumento terapéutico, de ahí a que las opiniones del terapeuta tengan una gran relevancia.

Estos modelos subrayan la maduración individual dentro del contexto familiar y concede gran importancia a la claridad en la comunicación y el sincero reconocimiento de las emociones.

Utilizan como técnica fundamental lo denominado como esculpido familiar que consiste en que cada miembro de la familia va a disponer a la misma en un cuadro que sugiere su concepción personal de las relaciones familiares.

2- Modelo de Bowen o modelo de los sistemas familiares:

Es el más utilizado.

Su rasgo distintivo es la diferenciación personal del origen de la familia, es decir, la capacidad de ser auténticamente uno frente a las presiones familiares.

En este modelo se evalúa a la familia problemática a dos niveles:

- ☞ El grado de difusión y el grado de capacidad de diferenciación
- ☞ Se evalúa lo que Bowen denomina los triángulos emocionales que están presentes en el problema

Triángulo emocional: Es un subsistema familiar que esta compuesto por tres miembros cuya disposición seria la siguiente:

Existe una vinculación emocional entre dos miembros que tiende a excluir al tercer miembro. Esta vinculación afectiva que se da entre dos miembros se puede dar en forma de fusión emocional o en forma de conflicto reiterado.

Las corrientes emocionales se van activar cuando el miembro excluido bascula hacia uno de los miembros vinculados o bien cuando uno de los miembros vinculados bascula hacia el miembro excluido, es en esta situación cuando surgen los conflictos de la familia. En este caso el papel del terapeuta es cambiar lo que se denomina el triangulo caliente (el que se relaciona con el problema o síntoma) y en segundo lugar colaborar con los miembros de la familia psicológicamente más dispuestos para conseguir una diferenciación personal suficiente en relación al triangulo caliente.

Para Bowen los problemas emocionales se transmiten de generación en generación y para analizar esto Bowen utiliza lo que se denomina mapa familiar o genograma que recoge información como mínimo de tres generaciones familiares y mediante la utilización de una serie de símbolos nos ofrece una gran cantidad de información relevante.

3- Modelo estructural:

Concibe a la familia como un único sistema interrelacionado y la familia es evaluada siguiendo los siguientes criterios:

Se evalúan las alianzas y escisiones más significativas dentro de la familia.

Se evalúan la jerarquía de poder, es decir, la posición de responsabilidad de los padres con respecto a los hijos.

Se analiza la claridad y firmeza de los limites entre las generaciones

Se evalúa y analiza la tolerancia del conflicto en la familia sin necesidad de negarlo o de cargarlo sobre una cabeza de turco. En este modelo además se considera que el origen de los síntomas se agrupa entorno a las transiciones en el desarrollo u otros sucesos significativos dentro de la familia.

Los objetivos terapéuticos de este modelo con:

- ☐ Reestablecer la autoridad paterna (el padre es el jefe)
- ☐ Fortalecer los límites normales entre generaciones (cada persona debe saber el rol que ejerce dentro de la familia)
- ☐ Fomentar alianzas adaptativas entre los miembros de la familia

4- Modelo conductual:

En este modelo se evalúa a la familia (a cada elemento de la familia) según su papel en el contexto general del sistema familiar.

Normalmente se asignan tareas individuales para cada miembro y estas tareas están diseñadas en relación directa con la queja presentada.

Las técnicas que se utilizan son las de la terapia de conducta.

En este modelo existe un límite de sesiones de intervención que son 10 sesiones.

INDICACIONES DE ESTA ORIENTACIÓN (de la terapia de familia)

La terapia de familia se ha utilizado con éxito en todo tipo de problemas psiquiátricos, sin embargo, esta especialmente indicada cuando la queja presentada es un conflicto familiar abierto o cuando los pacientes están inmersos en una situación desgraciada en el hogar.

Un conflicto abierto es aquella situación conflictiva en una familia y que todos los miembros de la familia reconocen.

La terapia familiar tiene 2 graves inconvenientes:

- 1- De orden práctico y consiste en reunir a todos los miembros de la familia en una fecha, una hora y un lugar determinado.
- 2- Cada miembro de la familia forma parte de sistemas sociales mayores, es decir, tiene sus amigos, sus compañeros de trabajo o estudios, su familia extensa,... En este sentido es difícil controlar la influencia y además esa influencia puede ser significativa en el resultado de la intervención.