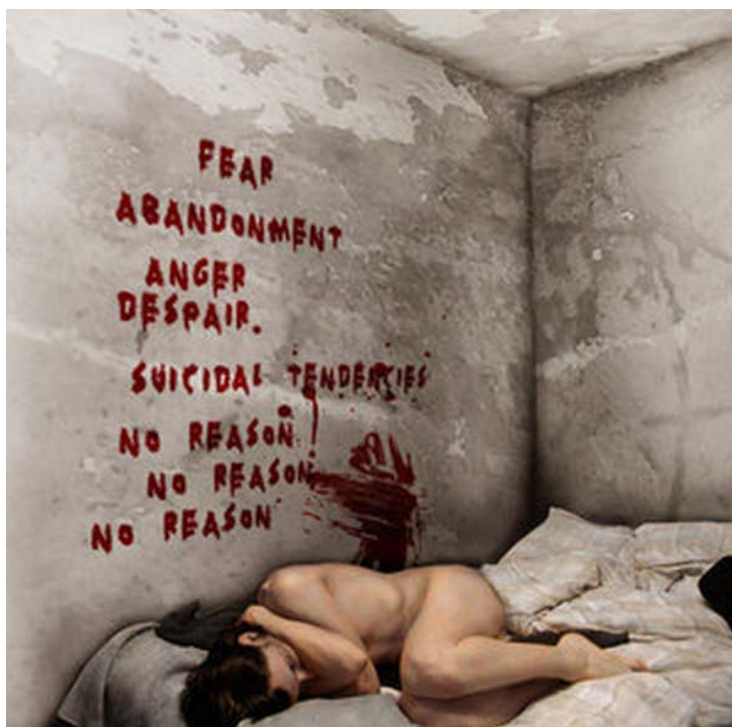


# PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA



1. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS
  - 1.1. CRITERIOS PARA DELIMITAR LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS
  - 1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS
2. ALGUNOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS
  - 2.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD
    - 2.1.1. FOBIAS
    - 2.1.2. TRASTORNO OBSESIVO COMPUSIVO
    - 2.1.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
  - 2.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO
    - 2.2.1. TRASTORNO DEPRESIVO
    - 2.2.2. TRASTORNO BIPOLAR
  - 2.3. TRASTORNOS PSICÓTICOS
    - 2.3.1. ESQUIZOFRENIA
    - 2.3.2. PSICOSIS TÓXICAS
  - 2.4. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: ANOREXIA Y BULIMIA
3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: PSICOTERAPIAS
  - 3.1. PSICOANÁLISIS
  - 3.2. TERAPIAS CONDUCTUALES
  - 3.3. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
  - 3.4. TERAPIAS HUMANISTAS: PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE
  - 3.5. PSICOTERAPIA GESTALT
4. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

## ORIENTACIONES TEMA 9. PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

El tema abarca dos ramas de la psicología: los conocimientos sobre los trastornos psicológicos (psicopatología) y su tratamiento (psicología clínica).

Si bien no han aparecido muchas cuestiones relativas a este tema, éstas se han propuesto en los exámenes de los últimos años. Por esto y por la importancia que tiene dentro de la disciplina, conviene estudiarlo detenidamente.

El primer apartado trata los trastornos psicológicos. Conviene tener claros todos los conceptos que se consideran. Es necesario que los comprendas bien y seas capaz de expresarlos con tus propias palabras.

En el segundo, se desarrollan los enfoques psicoterapéuticos más importantes. Es suficiente con tener unas ideas básicas muy claras sobre cada uno de los enfoques, saber expresar las características de cada uno y diferenciar unos de otros.

Del tercero, psicofármacos, distinguir los tres tipos. Nunca se han propuesto cuestiones relativas a este apartado, lo que no quiere decir que no vayan a aparecer.

Al igual que en el resto de los temas, tienes que conseguir tener ideas claras sobre los conceptos, relaciones, etcétera y, saber expresarlas. Por eso, trata de estudiar elaborando esquemas y resúmenes. Resolver las cuestiones que se proponen al final de cada apartado te indicará el grado de comprensión adquirido, lee detenidamente y piensa antes de contestar. En algunos de los ejercicios para enviar, las tareas, es necesaria una reflexión previa, entender lo que se pregunta y esforzarse por expresarlo bien. Sobre todo éstos son los que nos dan idea de nuestra comprensión del tema.

## 1. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Resulta muy difícil acordar criterios para juzgar la conducta normal y la anormal, para definir salud o trastorno mental. ¿Cómo juzgar lo que es normal o no?, ¿qué criterios utilizamos?, y, además, ¿quién emite el juicio?

Algunas veces, el diagnóstico psicológico supone juicios de valor respecto a lo que es un comportamiento normal o anormal. Estos juicios reflejan los valores culturales, las tendencias sociales que se dan en ese contexto y en ese momento.

Así, es muy difícil trazar una línea que separe con claridad la normalidad de la anormalidad ya que, en la vida, todos mostramos alguna vez una conducta desadaptada y atravesamos periodos de sufrimiento personal y, a su vez, las personas con un trastorno mental también pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas.

En conclusión, todos nos situamos en un punto de un continuo cuyos polos opuestos son normalidad y anormalidad, tan solo es cuestión de grado, no existe una frontera clara entre lo que es “normal” y “patológico”.

La **Psicopatología** es la rama de la psicología que estudia los aspectos desviados o anormales del funcionamiento mental y la conducta humanas. Los describe, clasifica, especifica sus causas, sus factores de riesgo y ofrece las pautas necesarias para su prevención o intervención.

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 rendimiento personales son satisfactorios para ella.

Los **trastornos psicológicos** son las alteraciones del estado mental que, en la mayoría de los casos, se acompañan de malestar o afectan el desenvolvimiento normal del individuo en la sociedad.

Así, existen dos signos o indicadores que nos pueden avisar de la presencia de un trastorno psicológico:

- La presencia de emociones dolorosas (sentimientos de ansiedad, depresión o irritación crónica).
- La aparición de conflictos continuados en las relaciones sociales o familiares.

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida).

El peso de cada uno de estos factores será mayor o menor en función del trastorno psíquico de que se trate.

Estos trastornos son tratados por la psiquiatría y la psicología clínica.

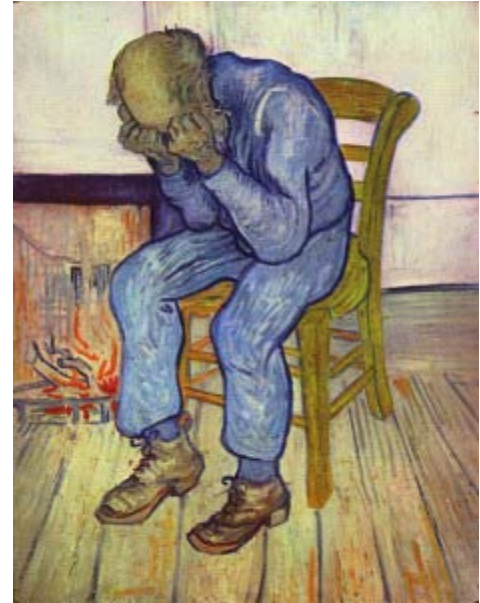
La **Psicología Clínica** estudia el diagnóstico y la terapia de los problemas emocionales y de conducta, de las enfermedades mentales, originados por causas diversas (drogodependencias, estrés, separación de pareja, etcétera). El objetivo de la **psicoterapia** es ayudar a la persona a enfrentarse a esos problemas.



## 1.1. CRITERIOS PARA DELIMITAR LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Aunque resulta difícil señalar un límite preciso entre lo normal y lo patológico, la psicopatología debe establecer algunos criterios que sirvan de referencia. En términos generales, los que habitualmente se siguen son:

- **Criterio biológico.** Conforme aumentan los conocimientos en las ciencias neurológicas, aumenta la consideración de los procesos biológicos en las conductas y emociones humanas. En el comportamiento anormal, hay que tener en cuenta la posibilidad de funcionamiento imperfecto del sistema nervioso o endocrino.
- **Criterio social.** Se considera que la conducta normal es la que está de acuerdo con el orden social existente en una cultura y en un momento determinados. Lo que en una cultura se considera normal, en el mismo momento histórico, en otra puede considerarse anormal: Por ejemplo, la homosexualidad fue considerada en la sociedad occidental como un trastorno hasta hace muy poco tiempo, actualmente aquí se considera normal pero no en la cultura árabe; el alcohol es una droga legal en occidente pero su consumo no está permitido por el Islam.
- **Criterio subjetivo.** El individuo valora su propio sentido del bienestar, acude a consulta porque se encuentra mal.
- **Criterio profesional.** El profesional de la salud mental busca:
  - Características de la personalidad.
  - Incomodidad personal: experiencia de dificultades internas en la persona. Sufrimiento.
  - Funcionamiento en la vida: éxito de la persona para satisfacer las expectativas sociales para su desempeño en el trabajo o en la escuela y en las relaciones sociales.



Todos estos criterios son relativos y, habitualmente, ninguno es suficiente por sí mismo.

Hay que señalar que el diagnóstico psicológico supone *juicios de valor*, algo que no ocurre en la enfermedad física. Los juicios referentes a la enfermedad mental están determinados por los valores culturales, las tendencias sociales y el grado de desarrollo del conocimiento científico en ese momento.

## 1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

La clasificación de los trastornos es básica para utilizar un lenguaje común que sirva a los profesionales de la salud mental para facilitar la investigación psicológica y mejorar la comunicación entre investigadores y psicólogos clínicos.

Una de las primeras clasificaciones diferenciaba entre **trastornos neuróticos** y **trastornos psicóticos**.

- Los **trastornos neuróticos** afectan la percepción del sujeto sobre sí mismo y el nivel de aceptación del Yo, el síntoma básico es la ansiedad. Sin embargo, no suponen una desconexión con la realidad ni un alejamiento importante de la vida social, pudiendo desenvolverse personal y laboralmente.
- Los **trastornos psicóticos**, se caracterizan por la pérdida del contacto con la realidad, el psicótico no es consciente de su enfermedad. Pueden incluir alucinaciones, delirios y una grave alteración afectiva y relacional. Entre ellos se encuentran las depresiones, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, etcétera.

Las clasificaciones eran bastante vagas e informales y no hubo un amplio acuerdo al respecto hasta que, en 1952, la American Psychiatric Association publicó el primer manual que describía y clasificaba los distintos tipos de trastornos psicológicos: el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, conocido como DSM por sus siglas en inglés. Este manual se ha ido actualizando en función de los nuevos descubrimientos o necesidades.

Otra clasificación es la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), que recoge las patologías conforme a la Organización Mundial de la Salud.

En la siguiente dirección encontrarás la clasificación del DSM IV- TR. Pinchando en cada categoría podrás ver los criterios para el diagnóstico de cada uno de los trastornos que comprende.

[http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv\\_ind.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_ind.html)

En la siguiente, la clasificación del CIE 10, con la descripción de cada uno de los trastornos y las pautas para su diagnóstico.

[http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_ind.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_ind.html)

## EJERCICIOS

- 1. La psicopatología es una rama de la *psicología básica / psicología aplicada*. La psicología clínica es una rama de la *psicología básica / psicología aplicada*.**
- 2. María Angustias logra cumplir con sus obligaciones ordinarias, aunque le atormenta un gran miedo, preocupación y ansiedad. Su comportamiento:**
  - No debería considerarse anormal pues su funcionamiento adaptativo no se deteriora.
  - No debería considerarse anormal pues algunas veces todos nos preocupamos y sentimos ansiedad.
  - Puede considerarse anormal ya que siente profundo sufrimiento.
  - Las dos primeras son correctas.
- 3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**
  - La definición de la conducta como normal o anormal depende en parte de los criterios y el sistema de valores que se empleen.
  - Las definiciones de la conducta normal o anormal deben provenir del profesional de la salud mental.
  - El interés de los profesionales de la salud mental es saber si la conducta del individuo es adecuada al orden social existente.
  - En los años recientes, psicólogos y profesionales de la salud mental han logrado llegar a una definición única de la conducta normal o anormal.
- 4. Señala si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera (V) o falsa (F)**
  - El diagnóstico psicológico siempre es objetivo.
  - Si una conducta determinada es normal en una cultura, lo es en todas las culturas.
  - Para delimitar los trastornos psicológicos, el criterio biológico no es importante, sí que lo es para los trastornos fisiológicos.
  - El CIE 10, el DSM IV-TR clarifica los trastornos psicológicos.
  - El síntoma básico de los trastornos neuróticos es la ansiedad.
  - Las alucinaciones y los delirios son características de algunos trastornos psicológicos.



## 2. ALGUNOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Obviamente no se trata de ofrecer aquí una descripción de todos y cada uno de los trastornos psicológicos, emocionales o de la personalidad que se encuentran categorizados y descritos minuciosamente en el DSM IV y en el CIE 10. Veremos de forma breve algunos de ellos por su mayor prevalencia o importancia:

- Trastornos de ansiedad
  - Fobias
  - Trastorno obsesivo compulsivo
  - Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastornos del estado de ánimo
  - Trastorno depresivo
  - Trastorno bipolar
- Trastornos psicóticos
  - Esquizofrenia
  - Psicosis tóxicas
- Trastornos de la alimentación.
  - Anorexia y bulimia

### 2.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Un sujeto experimenta **ansiedad** cuando la presencia de un peligro le provoca un sentimiento desagradable, aversivo, con activación del sistema nervioso autónomo, sensibilidad molesta en el sistema digestivo, respiratorio o cardiovascular, sentimiento de falta de control y puesta en práctica de alguno de los programas de afrontamiento: huida, lucha, inmovilidad, sumisión.

La ansiedad es una reacción instintiva normal de autoprotección que se desencadena ante una situación de peligro; estimula nuestro organismo impulsando nuestra capacidad de esfuerzo para luchar o huir.

Se trata de una respuesta emocional que afecta a nuestro organismo en tres aspectos:

- Fisiológico. Aumenta la presión sanguínea, aparecen palpitaciones e incremento del ritmo cardiaco, se producen cambios respiratorios y tensión muscular.
- Cognitivo. El organismo se siente desbordado por todos los estímulos que se le presentan, esto le genera miedo y tensión emocional, debidos a las ideas o pensamientos automáticos irracionales que surgen.
- Motor. Las reacciones motoras surgen como consecuencia de los otros dos aspectos: activación fisiológica y valoración cognitiva de la situación y consisten en respuestas de escape o evitación, temblor, incapacidad motora, emisión de lenguaje, etcétera.

Podemos hablar de dos tipos de ansiedad:

El **miedo** es la ansiedad provocada por la anticipación de un peligro. La causa que genera la ansiedad es conocida.

La **angustia** es una ansiedad sin desencadenante claro, acompañada de preocupaciones recurrentes, con una anticipación vaga de amenazas globales y con gran dificultad para poner en práctica programas de evitación. La causa que genera la ansiedad es desconocida.

### 2.1.1. FOBIAS

El trastorno fóbico se caracteriza por miedo persistente e irracional a un objeto o situación que no entraña un peligro real.

Las fobias a menudo se aprenden después de un solo suceso atemorizante y son sumamente difíciles de eliminar.

Los afectados se dan cuenta de que su miedo es infundado, pero ni siquiera así logran tranquilizarse cuando están ante el objeto o situación fóbicos y tratan de escapar o evitarlos.

Así, la fobia se caracteriza por:

- El objeto temido no entraña ningún peligro real.
- El temor es desproporcionado al peligro.
- El temor es incongruente con el resto de la personalidad del sujeto.
- Perturba la vida cotidiana del sujeto.

Las fobias pueden ser específicas, provocadas por estímulos externos, por ejemplo.

- Aracnofobia. Temor a las arañas.
- Hematofobia. Temor a la sangre.
- Nictofobia. Temor a la noche o a la oscuridad.
- Etcétera.

También lo pueden ser por causas internas, no fácilmente explicables. Entre estas hay que tener en cuenta:



## Top ten de fobias en UK

1. Aracnofobia- arañas
2. Fobia social- situaciones públicas o sociales
3. Aerofobia- volar
4. Agorafobia- espacios públicos o abiertos
5. Claustrofobia- sitios cerrados
6. Emetofobia- vomitar
7. Acrofobia (vértigo)- alturas
8. Cancerofobia- a desarrollar un cáncer
9. Brontofobia- tormentas y truenos
10. Necrofobia- morir (uno mismo y otros)



- Claustrofobia. Temor a los espacios cerrados pequeños.

- Agorafobia. Temor a los lugares públicos.

- Fobias sociales. Miedo ante situaciones sociales donde la persona se expone a ser observada, evaluada o humillada por otros temiendo realizar alguna conducta inadecuada, o hacer algo impropio.

### 2.1.2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El trastorno obsesivo – compulsivo se caracteriza por la intrusión persistente e incontrolable de pensamientos no deseados (obsesiones) que impulsan a cumplir rituales (compulsiones) sin sentido.

Las **obsesiones** son pensamientos o ideas involuntarias que se repiten a pesar de los intentos de la persona por detenerlas.

Las **compulsiones** son conductas repetitivas y ritualistas que la persona se siente obligada a realizar.

La gente que experimenta obsesiones y compulsiones a

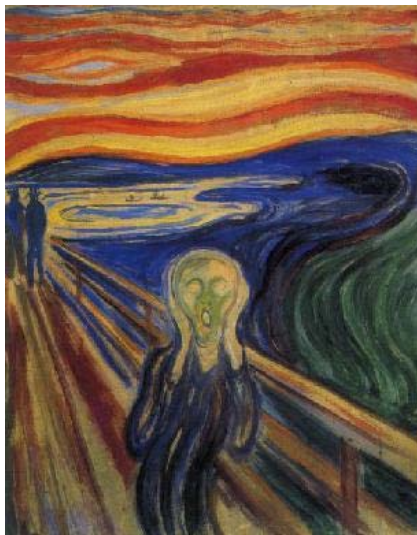


menudo no parece ansiosa, aunque se den cuenta del poco sentido que tiene su conducta. La ansiedad severa aparece si ellos u otras personas tratan de detener su conducta irracional. En otras palabras, mientras realizan la conducta obsesiva-compulsiva mantienen controlada la ansiedad.

Un ejemplo de obsesión es el miedo a infectarse o contaminarse al estrechar la mano de alguien, este pensamiento puede llevar a la compulsión de lavarse las manos continuamente.

### 2.1.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El grito, cuadro de Edvard Munch, expresa las abrumadoras sensaciones de la ansiedad.



Se caracteriza por un nivel alto y crónico de ansiedad que no está ligada a ninguna amenaza en especial.

Sus síntomas incluyen incapacidad para relajarse, sentirse continuamente inquieto o excitado, tensión muscular, frecuencia cardíaca acelerada, dificultades para dormir, estar en alerta constante ante amenazas potenciales, ...

## 2.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por perturbaciones emocionales de diversos tipos capaces de alterar los procesos físicos, perceptuales, sociales y del pensamiento. Estos trastornos aparecen y desaparecen intercalándose con periodos de normalidad.

Hay dos tipos:

- **Unipolares.** El ánimo se vuelve exagerada y crónicamente triste. Las manifestaciones emocionales y conductuales de las víctimas de un trastorno unipolar se muestran siempre en un solo extremo del continuo del estado de ánimo, pues les afecta únicamente la depresión.
- **Bipolares.** Los que presentan un trastorno bipolar son vulnerables a ambos extremos emocionales del continuo, pasando por periodos tanto de depresión como de manía (excitación, euforia y regocijo).

### 2.2.1. TRASTORNO DEPRESIVO

Se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y desesperación, sentimientos de culpa excesiva o de minusvalía, además de la pérdida de interés por las actividades que anteriormente le causaban placer.

El depresivo suele entrar en una suerte de circularidad: sus ideas negativas generan emociones negativas, y estas, a su vez, pensamientos negativos, que, naturalmente, redundan en emociones aún más negativas. En casos muy serios, la gente deprimida se ve atormentada por pensamientos suicidas. Una de cada siete personas gravemente deprimidas comete suicidio o realiza algún intento fallido.

Los síntomas más comunes en la depresión son:

- En el nivel cognitivo: sensación de no tener valor, capacidades, talento, inteligencia u oportunidades para enfrentarse a los problemas de la vida normal; autoevaluación, pronósticos negativos respecto al futuro, desvalimiento e indefensión.
- En el nivel afectivo: sensación de ser malo, de estar causando daño o perjuicio a los demás, de



El Retrato del Dr. Gachet, pintado por Van Gogh, capta el profundo abatimiento que se observa en los enfermos depresivos.



ser un estorbo, sensación de vacío afectivo, de falta de apoyo social, de estar siendo marginado, de haber perdido la ilusión por la mayoría de las cosas, sensación de lejanía y ausencia respecto a casi todos los asuntos.

- En el nivel conductual y motórico: lentitud al hablar y al reaccionar, falta de atención y concentración, disminución del rendimiento en las tareas, cansancio, pérdida de apetito, insomnio, abandono de actividades lúdicas y laborales que antes atraían, llanto frecuente, aislamiento y postración física, descuido de la higiene, falta de deseo sexual, etcétera.

**2.2.2. TRASTORNO BIPOLAR**

Se caracteriza por uno o más períodos maníacos y por periodos de depresión. Es mucho menos frecuente que la depresión.

En la fase maníaca la persona se vuelve eufórica, extremadamente activa, sumamente locuaz y se distrae con facilidad. Su autoestima se infla en exceso: adquiere un sentimiento de poder, fuerza, control y triunfo sobre todas las cosas y situaciones lo que hace que, en ocasiones, se muestra agresiva y hostil hacia los demás.

Como ejemplos de conductas de personas en fase maníaca: despilfarro en las compras, necesidad de renovar cosas innecesarias, conducta extravagante, desinhibición sexual ,...

**Comparación de síntomas comunes en los episodios maníacos y depresivos**

| Características      | Episodio maníaco  | Episodio depresivo   |
|----------------------|---|--|
| <b>Emocionales</b>   | Alegres, eufóricos, muy sociables impacientes ante cualquier obstáculo  | Tristes, desesperanzados, socialmente retraídos, irritables  |
| <b>Cognoscitivas</b> | Caracterizados por precipitación de pensamientos, fuga de ideas, deseo de actuar y conducta impulsiva; locuaces, seguros de sí mismos; delirios de grandeza | Caracterizados por lentitud del pensamiento, preocupaciones obsesivas, incapacidad de tomar decisiones, autoimagen negativa, autculpa y delirios de culpa y enfermedad |
| <b>Motoras</b>       | Hiperactivos, infatigables, requieren de menos horas de sueño de lo habitual, muestra mayor impulso sexual y apetito fluctuante                             | Menos activos, cansados, problemas de insomnio, menor impulso sexual y apetito   |

*Wayne Weiten "Psicología". Ed Thompson. México. 2006. Página 577*

**2.3. TRASTORNOS PSICÓTICOS.**

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que incluyen elevada desviación de la normalidad, violencia y desorganización de la personalidad. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad.

Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.

- Los **delirios** son creencias falsas acerca de la realidad sin ningún fundamento que distorsionan sus relaciones con el entorno y con otras personas, tales como la idea de que alguien está en su contra o que recibe mensajes secretos que le indican lo que ha de hacer.
- Las **alucinaciones** son percepciones sensoriales falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

### 2.3.1. ESQUIZOFRENIA

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por delirios, alucinaciones, habla desorganizada y deterioro del comportamiento adaptativo. Las personas con esquizofrenia por lo regular no pueden llevar una vida normal a menos que reciban el tratamiento adecuado.

Existen varios síndromes esquizofrénicos bien diferenciados pero todos comparten las siguientes características generales:

- **Delirios y pensamiento irracional.** Normalmente los esquizofrénicos están convencidos de que sus sentimientos y sus pensamientos son conocidos por los demás.

Otra característica consiste en que el flujo de ideas se deteriora, el pensamiento deja de ser lógico y lineal para volverse caótico. Esto se manifiesta en que, a menudo, son incapaces de comunicarse con los demás ya que cuando hablan sus palabras son incoherentes.

- **Deterioro del comportamiento adaptativo.** La esquizofrenia supone un deterioro perceptual en la calidad del funcionamiento normal en el trabajo, en las relaciones sociales y en el cuidado personal.
- **Alucinaciones.** Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas. Los esquizofrénicos frecuentemente dicen que oyen voces de personas inexistentes o ausentes que les hablan.
- **Alteración de las emociones.** El tono normal de las emociones se altera de diversas maneras en la esquizofrenia, por ejemplo, poca respuesta afectiva, respuestas inapropiadas que no se corresponden con lo que están diciendo, gran volatilidad emocional, etcétera.

El desajuste más frecuente en la esquizofrenia es la forma **paranoide**, que está dominada por delirios de persecución junto con delirios de grandeza.

### 2.3.2. PSICOSIS TÓXICAS: TOXICOMANÍAS

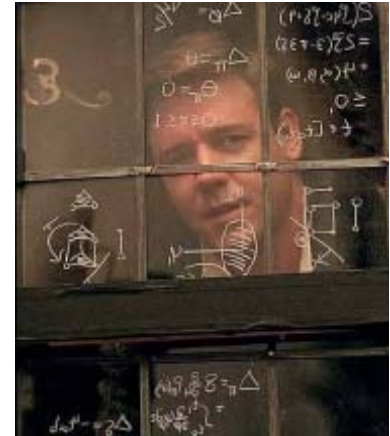
La principal característica de este trastorno es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos directos de alguna sustancia, ya sea una droga, un medicamento o bien un tóxico. Se ha sugerido que 9 de cada 10 alucinaciones no auditivas son producto de un trastorno psicótico inducido por sustancias o de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

Este trastorno sólo se produce en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, pero pueden persistir durante semanas, mientras que en los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o bien pueden producirse tras largos periodos de abstinencia. Una vez iniciados los síntomas pueden continuar mientras dure el consumo de la sustancia.

Entre las sustancias que pueden desencadenar trastornos psicóticos encontramos: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Los síntomas psicóticos también pueden presentarse por la abstinencia de estas sustancias.

En la película "**Una mente maravillosa**", se habla de la vida de **Forbes Nash**, esquizofrénico que consiguió un premio Nobel



## 2.4. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. ANOREXIA Y BULIMIA

Los trastornos de la alimentación son alteraciones severas que se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y por esfuerzos enfermizos por controlarlo.



En la generalidad de los casos se combinan dos síndromes: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia es un trastorno que se caracteriza por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras.



BULIMIA - ANOREXIA  
Support for people with eating disorders.



Existen una serie de factores biológicos, socioculturales como la idea de belleza vigente en la sociedad occidental, con gran presión social por estar delgado y psicológicos como el miedo a crecer, el rechazo a la madurez sexual, problemas afectivos y de autoestima, que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, que tiene como consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.

Es difícil de descubrir por la familia, pues la persona anoréxica finge comer; en muchos casos, come y vomita. Es una enfermedad grave, tanto en chicos como en chicas, pero en éstas tiene efectos más evidentes porque afecta a la menstruación y a la fijación de los músculos del pecho, provoca problemas gastrointestinales, baja presión, osteoporosis y alteraciones metabólicas que pueden provocar paro cardíaco o colapso circulatorio.

La **bulimia es un** síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida como vómito, ayuno, abuso de laxantes, de diuréticos y ejercicio excesivo.

En las siguientes direcciones puedes completar información sobre estos trastornos.

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia>

**EJERCICIOS****1. Señala si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera (V) o falsa (F)**

- La angustia es una ansiedad sin desencadenante claro mientras que en el miedo la causa que provoca la ansiedad es conocida.
- La ansiedad afecta al organismo en el aspecto fisiológico produciendo molestias en el aparato digestivo, tensión muscular, incremento del ritmo cardiaco, etcétera.
- El trastorno depresivo es un trastorno de ansiedad.
- Entre las distintas fobias, las sociales son muy poco frecuentes.

**2. Mari Cielo siente un temor excesivo a los aviones. Es probable que experimente un trastorno**

- Psicótico
- De ansiedad generalizada
- Fóbico
- Maníaco

**3. ¿Cuál es el término para referirse a los trastornos caracterizados por emociones inapropiadas, comportamientos estrambóticos y pensamientos desorganizados?**

- Depresivos
- Fóbicos
- Esquizofrénicos
- Disfunciones sexuales

**4. La gente \_\_\_\_\_ ha perdido el contacto con la realidad.**

- Maníaca
- Neurótica
- Psicótica
- Psicopática

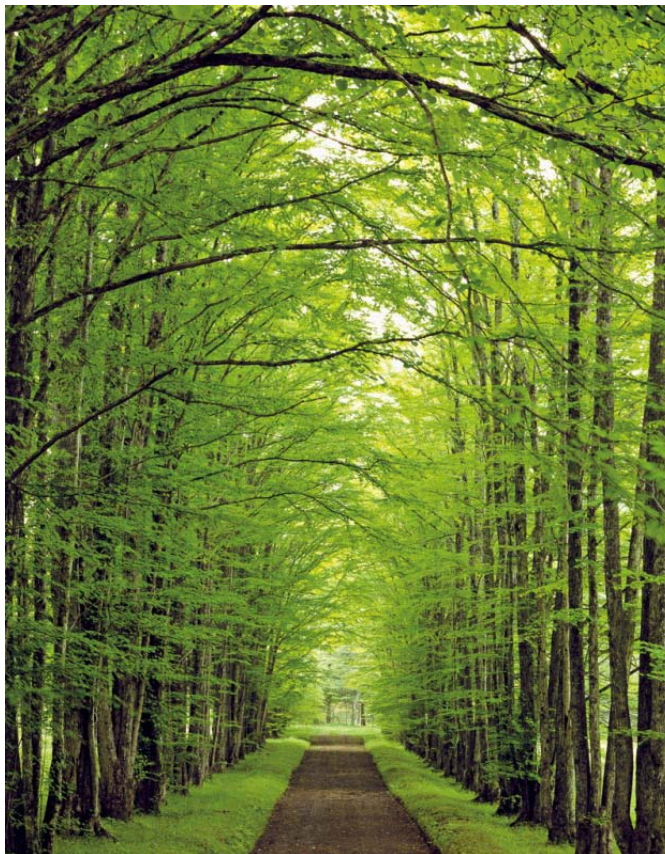


### 3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: PSICOTERAPIAS

La psicoterapia no es un campo unificado debido a que existen diferentes escuelas o enfoques que contemplan la naturaleza de los problemas psicológicos y las estrategias terapéuticas a seguir según puntos de vista discrepantes.

Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, **psicoterapia** es todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

La psicoterapia se desarrolla mediante una relación de trabajo entre un terapeuta y un cliente/paciente con el fin de restablecer el equilibrio psíquico en este último. El terapeuta, mediante diferentes técnicas y métodos ayuda a resolver problemas psicológicos: ensanchar los márgenes de conducta del cliente/paciente, a mejorar sus relaciones interpersonales y a tener una visión personal más realista.



El proceso consta de tres pasos:

1. Discernir que el trastorno es psicológico y no médico, para lo cual debe ser descartada cualquier causa de tipo físico.
2. Establecer un diagnóstico apropiado.
3. Solucionar el problema.

Los dos primeros pasos son propios del psicodiagnóstico y el tercero formaría parte de la terapia en sí.

Como se ha dicho, los tratamientos psicológicos han ido apareciendo vinculados a escuelas. Veremos los siguientes:

- Psicoanálisis
- Terapia de conducta
- Psicoterapias humanistas
- Psicoterapias cognitivas
- Gestalt

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3.htm>

---

**PRINCIPALES PERSPECTIVAS SOBRE LA TERAPIA**


---

| <b>Tipo de terapia</b>         | <b>Causa del trastorno</b>   | <b>Meta</b>  | <b>Técnicas</b>   |
|--------------------------------|--|--|---|
| Psicoanálisis                  | Conflictos y motivos inconscientes resultantes de fijaciones en etapas tempranas del desarrollo provocan ansiedad. Los conflictos reprimidos suelen centrarse en el sexo y la agresión.                      | Traer a la conciencia los pensamientos y sentimientos inconscientes; resolución de conflictos, reconstrucción de la personalidad.    | Asociación libre, análisis de sueños, interpretación, transferencia   |
| Terapia centrada en el cliente | Una excesiva dependencia respecto a la aceptación de los demás favorece la incongruencia, la cual, a su vez, produce ansiedad y conducta defensiva obstaculizando el crecimiento personal.                   | Mayor congruencia entre el autoconcepto y la experiencia; aceptación del yo auténtico; autodeterminación y crecimiento personal.     | Autenticidad, empatía, consideración positiva incondicional.  |
| Terapia de la Gestalt          | Falta de integridad en la personalidad.  | Lograr que la gente se "apropie de sus sentimientos" y despertarla a la experiencia sensorial para que logre convertirse en un todo. | Participación activa del terapeuta; técnicas de la silla vacía; grupos de encuentro.  |
| Terapias conductuales          | Los patrones de conductas desadaptadas se adquieren a través del aprendizaje. Por ejemplo, muchas fobias se crean mediante el condicionamiento clásico y se sostienen mediante el condicionamiento operante. | Aprender patrones de conducta nuevos y más adaptados.  | Condicionamiento clásico (desensibilización sistemática, extinción, inundación); condicionamiento aversivo; condicionamiento operante (contrato conductual, economías de fichas); modelamiento.   |
| Terapias cognoscitivas         | Las ideas erróneas y pensamiento negativo y autodenigrante sobre sucesos relacionados con el yo favorece la ansiedad y la depresión.   | Identificar las formas erróneas de pensamiento y sustituirlas por un pensamiento más realista.                                       | Terapia racional-emotiva (examinar racionalmente los patrones de pensamiento negativo); terapia de autoinoculación (reemplazar conscientemente los pensamientos negativos con pensamientos positivos de afrontamiento); terapia cognoscitiva de Beck. |

---

### 3.1. PSICOANÁLISIS

La escuela dinámica subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del paciente, así como la necesidad de descubrir su propio interior para cambiar su personalidad. Surgió de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. Aunque hoy son pocos los partidarios del análisis clásico, la mayor parte de la terapia psicoanalítica se fundamenta en la filosofía freudiana.

Para los psicoanalistas, los síntomas patológicos son un sustituto de satisfacciones prohibidas de naturaleza libidinal. Los motivos que generan estos síntomas quedan fuera de la consciencia del paciente y los síntomas perduran sin que les afecte el paso del tiempo. Los impulsos anímicos originales, las satisfacciones prohibidas, han sido reprimidas y permanecen en el inconsciente.

Los psicoanalistas ayudan a las personas a reestructurar su personalidad cambiando la forma en que contemplan la vida y reaccionan ante ella, tratando de que tomen conciencia de esas fuerzas psicológicas enterradas en el inconsciente utilizando las siguientes técnicas:

- **La asociación libre.** El paciente comunica de forma espontánea todo lo que se le ocurre sin dejarse llevar por objeciones o reparos. Suponiendo que estas ocurrencias están determinadas por el material inconsciente, el analista las interpreta con el fin de facilitar la aparición de recuerdos y deseos reprimidos y su aceptación consciente.
- **El análisis e interpretación de los sueños.** Para Freud los sueños son la ruta ideal hacia el inconsciente, el medio más directo de acceder a los conflictos, deseos e impulsos internos. Debido a que la represión implica un gran desgaste de fuerzas, cuando dormimos, el yo reduce su vigilancia y deja que afloren en el consciente nuestros deseos ocultos. De este modo, los sueños representan, básicamente, el cumplimiento de nuestros deseos, son la realización disfrazada de los deseos reprimidos. Analizar los sueños significa interpretar el significado simbólico de los mismos.
- **La transferencia** ocurre cuando el paciente sin ser consciente de ello, empieza a relacionarse con el terapeuta como si fuera una persona muy importante en su vida: el paciente puede sentirse herido por las reacciones del analista como si fuera la madre que no se ocupó de él, o la amante que lo abandonó. Así, el paciente transfiere al terapeuta la hostilidad, el afecto o culpa que sintió hacia sus padres u otras personas significativas. Cuando éste reconoce sus emociones y reactiva conflictos originados en una relación anterior (normalmente paterno-filial), tiene la oportunidad de penetrar poco a poco en esos sentimientos, de ir acercándolos a la conciencia. A lo largo de la terapia, el psicoanalista va interpretando o sugiriendo significados alternativos para los sentimientos, recuerdos y comportamientos de los pacientes con el objetivo de que el paciente tome conciencia de lo que antes estaba fuera de ella.



En el psicoanálisis clásico, el paciente se tumba en un diván mientras el analista permanece sentado detrás para evitar distracciones que puedan interferir en el fluir de los pensamientos y facilitar la concentración del analista en lo que el paciente diga. En la fotografía puedes ver el diván y sillón utilizados por Freud.

El psicoanálisis clásico es una terapia muy larga y muy cara, además, no aporta soluciones a los problemas inmediatos. Desde mediados del siglo XX se han ido modificando las técnicas con el fin de desarrollar

terapias más breves.



### 3.2. TERAPIAS CONDUCTUALES

Estas terapias se basan en la creencia de que toda la conducta, normal y anormal, es aprendida. Al contrario que en psicoanálisis, el terapeuta no necesita saber la forma o razón por la que un paciente aprendió a comportarse de forma desviada, su trabajo es, simplemente, enseñar a la persona formas nuevas y más satisfactorias de conducta.

Las técnicas de esta terapia son aplicaciones de los conceptos de la escuela conductista: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y modelamiento.



#### Técnicas basadas en el condicionamiento clásico.

Como vimos en el tema 4, el condicionamiento clásico implica la asociación de un estímulo condicionado con un estímulo incondicionado. Si las condiciones son correctas, el estímulo condicionado llegará a producir una respuesta condicionada por sí mismo.

Entre estas técnicas podemos destacar:

- **Desensibilización sistemática:** es un método para reducir gradualmente el miedo y la ansiedad, habitualmente, en pacientes fóbicos. Se trata de ir asociando gradualmente una nueva respuesta (relajación) con estímulos que provocaban ansiedad. El primer paso consiste en que el terapeuta y el paciente elaboren una jerarquía de temores, una lista de situaciones ordenadas de menor a mayor grado de ansiedad según el paciente.

A continuación el terapeuta enseña al paciente cómo relajarse hasta que éste es capaz de producir con rapidez esta respuesta de relajación. Una vez que el paciente domina la técnica de relajación, se empieza a trabajar en la parte inferior de la jerarquía de temores: se pide al paciente que imagine la situación menos amenazante y que señale cuándo siente la menor tensión. Ante la señal, el paciente debe olvidar la escena y concentrarse en la relajación. Una vez relajado el terapeuta le pide que imagine de nuevo la escena. El proceso continua hasta que el paciente se siente completamente relajado al imaginar esa escena.

De esta forma se va ascendiendo en la jerarquía de temores hasta que el paciente es capaz de imaginar la situación más atemorizante sin experimentar la menor ansiedad.

Este método ayuda a muchas personas a superar temores y fobias.

- **La extinción** consiste en la exposición del paciente a la situación que le produce temor repetidamente: si una persona imagina repetidamente una situación atemorizante sin encontrar ningún peligro, el temor o ansiedad asociados con esa situación disminuyen gradualmente.
- **La implosión o inundación** es un método relacionado con la desensibilización sistemática. Se trata de poner al paciente fóbico directamente en contacto con el estímulo temido. Por ejemplo, alguien con un gran temor a las serpientes puede ser obligado de inmediato a entrar en contacto con docenas de serpientes.

El objetivo es producir tanta ansiedad como sea posible y continuar presentando el estímulo fóbico hasta que sobrevenga una marcada disminución de la ansiedad, esto hace que la fobia pierda su apoyo motivacional (extinción).

- **Condicionamiento aversivo:** Mediante este método el terapeuta enseña al paciente a asociar el comportamiento que se desea desaprender con dolor y ansiedad. Estas técnicas se han utilizado en el tratamiento del alcoholismo, la obesidad, el tabaquismo y algunos trastornos psicosexuales.



Por ejemplo algunos terapeutas tratan el alcoholismo asociando el sabor y el olor del alcohol con náuseas y vómitos inducidos por una droga. Al cabo de poco tiempo, el paciente se siente enfermo sólo de ver una botella de licor.

### Técnicas basadas en el condicionamiento operante

Según el condicionamiento operante, la persona aprende a comportarse de diferentes maneras cuando las nuevas conductas son reforzadas mientras que las anteriores son ignoradas o castigadas.

- **El contrato conductual** consiste en que el terapeuta y el paciente se ponen de acuerdo respecto a las metas conductuales y sobre el reforzamiento que el paciente recibirá al alcanzarlo.

El contrato conductual se ha empleado con éxito en el sistema escolar para ayudar a niños con dificultades emocionales y conductuales.



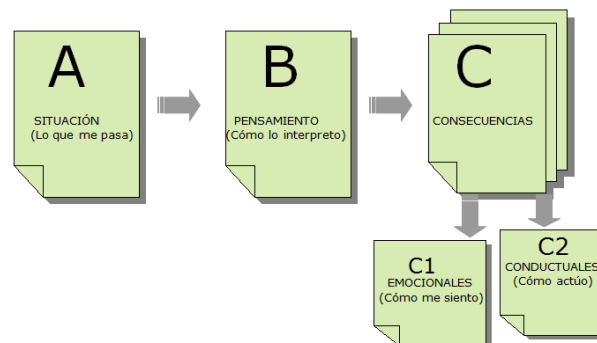
- **La economía de fichas** es otra técnica empleada en escuelas y hospitales. Los pacientes obtienen fichas o puntos por poner en práctica conductas que se consideran apropiadas y adaptativas. Estas fichas o puntos son canjeables por artículos y privilegios deseados.

- **Modelamiento:** Se trata de aprender una conducta al observar que alguien más la realiza y obtiene refuerzos. Por ejemplo, para superar la fobia a las serpientes, se hace ver al paciente películas en que los modelos las observan y, poco a poco, se van acercando a ellas.

### 3.3. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

El término cognición incluye ideas, imágenes, creencias, atribuciones y expectativas en torno a sí mismos y al mundo.

Para los terapeutas cognitivos, algunas de estas ideas, creencias, etcétera, son erróneas y son precisamente esas ideas las que causan problemas psicológicos. Por eso, ponen el acento en la identificación de las alteraciones del pensamiento, muestran a los pacientes cómo esas perturbaciones contribuyen a su malestar y les ayudan a sustituirlas por apreciaciones e interpretaciones más correctas.



La terapia cognitiva es un tratamiento relativamente corto, pues dura de 4 a 20 sesiones. A diferencia de los terapeutas centrados en el cliente, éstos participan activamente en la elección del ritmo y dirección del tratamiento. Acostumbran hablar mucho durante las sesiones. Inclusive discuten abiertamente con él y tratan de convencerlo de que modifique los patrones de su pensamiento.

Los puntos de partida de esta terapia son:

- La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- La actividad cognitiva puede ser controlada y modificada.
- El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Los métodos terapéuticos suelen ser activos, el terapeuta adopta un papel directivo, siguen pautas muy estructuradas y suelen ser de corta duración.

Hay diferentes modelos de terapia cognitiva, entre ellos:

- **La terapia racional-emotiva (A. Ellis).**

La terapia racional emotiva (TRE) desarrollada por Albert Ellis (1958), se basa en la creencia de que pensamiento y emoción están íntimamente entrelazados, y en la convicción de que los problemas psicológicos están causados por un pensamiento equivocado. Este planteamiento se centra en ayudar a las personas a resolver sus problemas emocionales examinando su pensamiento, encontrando los defectos que hay en él, y haciéndolo más lógico y realista.

- **La terapia cognitiva de Beck.**

Beck desarrolló esta terapia para el tratamiento de la depresión. Para él, la depresión es el resultado de patrones negativos de pensamiento que las personas desarrollan acerca de sí mismas de forma fuertemente autocrítica.

Al igual que la anterior trata activamente de ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales. Un punto fundamental en la terapia de Beck es la identificación de los **pensamientos automáticos**. Estos pensamientos automáticos se experimentan como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como plausibles y válidos. Los terapeutas tratan de ayudar a los pacientes a examinar estos pensamientos disfuncionales.

<http://www.psicologosoviedo.com/cognitivo-conductual.php>

### 3.4. PSICOTERAPIAS HUMANISTAS: LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE



Debemos esta técnica terapéutica a **Carl Rogers**, quien no veía pacientes, sino clientes. El cliente es una persona en busca de su propia identidad y el terapeuta no se ve a sí mismo como un experto del que el cliente puede depender sino como alguien que acepta, entiende y que será como un compañero durante esa búsqueda. Se trata de una terapia no directiva, esto es, deja que el cliente vea en el terapeuta a su guía, y le da plena libertad de expresión, con el fin de que sea él mismo quien decida su camino.

Se basa en la convicción de que todos tenemos en nuestro interior amplios recursos para comprendernos, para cambiar nuestros conceptos sobre nosotros mismos, nuestras actitudes fundamentales y nuestra conducta, y que el papel del terapeuta es, en palabras de Rogers, proporcionar el clima para que los individuos se sumerjan en sus propios recursos para “actualizarse”, es decir, para alcanzar la complejidad y el desarrollo completo.

Los terapeutas ayudan a los clientes a organizar sus sentimientos mediante la **reflexión**. Mediante esta técnica el terapeuta utiliza palabras diferentes para volver a exponer lo que el cliente acaba de decir para que las escuche como si fuera un espejo que le

devuelve sus propias reflexiones. Rogers explicaba que es importante hacer ver al paciente lo que dice, frente a lo que quiere decir.

Los tres elementos básicos para que la relación terapéutica cree un clima de crecimiento y promoción son:

- 1) **Congruencia o autenticidad.** Es la honestidad con el paciente y el hecho de ser genuino. El terapeuta se muestra tal como es, no trata de enmascarar sus emociones, permite que el cliente vea lo que siente y piensa.
- 2) **Comprensión empática.** Supone una escucha activa y sensible que permite al terapeuta comprender los sentimientos del cliente (incluso aquellos de los que éste no es consciente) clasificarlos y comunicarle ese conocimiento.
- 3) **Aceptación o consideración positiva incondicional.** El terapeuta muestra verdadera aceptación del cliente sin importar lo que diga o haga. Para Rogers, este es un paso crucial para hacer que los clientes se acepten a sí mismos.

[http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia\\_centrada\\_en\\_el\\_cliente](http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_centrada_en_el_cliente)

### 3.5. PSICOTERAPIA GESTALTICA (Perls)

El término Gestalt hace referencia a la estructuración de las partes en un todo dotado de un significado que las partes individuales no tenían. La terapia Gestalt, considera que la raíz de los trastornos psicológicos está en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable. Según Perls, el papel del psicoterapeuta consiste en "llenar los huecos de la personalidad para que la persona sea total y completa de nuevo"

Se trata de una terapia humanista y coincide con la terapia centrada en el cliente en que las personas infelices desperdician mucha energía rechazando aspectos de ellas mismas, no reconocen las necesidades reales y adoptan características ajenas a las suyas. El objetivo final es el mismo: restaurar las capacidades innatas para el crecimiento personal, desarrollar el potencial humano.

El terapeuta es activo y directivo, trata de que las personas sean conscientes de sus sentimientos y de que despierten a la información sensorial que han estado ignorando, para ello, deben destruir los bloqueos, fachadas, juegos, pretensiones y defensas del paciente y propiciar la autoconciencia.

Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería de estar sucediendo. El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento.





En resumen, sus bases son:

- **El aquí y ahora:** vivir y sentir el presente.
- **El darse cuenta:** es el cliente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- **Aceptar lo que uno es:** no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- **Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué:** *¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?*

<http://www.psicologia-lacadiera.com/que-es-la-terapia-gestalt.html>

#### 4. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Las terapias farmacológicas tratan de atenuar los síntomas asociados con los trastornos psicológicos por medio de medicamentos.

Muchos de estos trastornos se deben, al menos en parte, a disfunciones biológicas y, últimamente se han desarrollado medicamentos efectivos que, además, pueden ser compatibles con psicoterapia, como complemento o como ayuda parcial a la misma. Se reconocen especialmente los efectos benefactores de los psicofármacos sobre pacientes afectados por estados patológicos angustiosos y sobre aquellos cuya mejora resulta altamente resistente a otros tipos de tratamiento.

Los psicofármacos se suelen dividir en tres grupos:

- **Tranquilizantes o ansiolíticos.** Su función está orientada a calmar la tensión, la angustia o la ansiedad.

Los ansiolíticos se prescriben a quienes sufren trastornos de ansiedad, pero son consumidos por millones de personas con tensión nerviosa. Ejercen su efecto casi de inmediato atenuando la ansiedad, pero sus efectos son a corto plazo, unas horas.

Uno de los más consumidos es el Valium, medicamento de la familia de las benzodiacepinas.

- **Antidepresivos.** Como su nombre indica, combaten los estados derivados de la depresión elevando el estado de ánimo y el optimismo del paciente.

Los antidepresivos más utilizados actualmente son los *inhibidores selectivos de recaptación de serotonina*, que retrasan la recaptación en las sinapsis de este neurotransmisor, uno de estos es el Prozac.

Producen una mejoría rápida y son también útiles en el tratamiento de trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, no son "medicamentos milagro" y sus efectos colaterales han de compararse rigurosamente con sus beneficios.

- **Antipsicóticos.** Aminoran gradualmente los síntomas psicóticos: hiperactividad, confusión mental, alucinaciones y delirios.

Se emplean fundamentalmente en el tratamiento de la esquizofrenia. Pueden provocar importantes efectos secundarios por lo que su uso debe estar sometido a un estricto control médico.

Los antipsicóticos tradicionales reducen la actividad en las sinapsis de la dopamina, los estudios indican que alivian los síntomas psicóticos en un 70% de los pacientes.

Los denominados antipsicóticos atípicos, de reciente aparición, son casi tan eficaces como los tradicionales, ayudan al tratamiento de algunos pacientes que no responden a los tradicionales y tienen menos efectos secundarios.



## EJERCICIOS

1. **Sara siente un inmenso temor de hablar en público, el cual afecta a la realización de su profesión. Su psicólogo cree que su temor es aprendido que puede eliminarse con el programa de reforzamiento adecuado. ¿Qué modelo representa su psicólogo?**
  - Biológico
  - Psicodinámico
  - Conductual
  - Naturista
  
2. **El modelo \_\_\_\_\_ de la enfermedad mental afirma que la conducta anormal es provocada por conflictos inconscientes.**
  - Psicoanalítico
  - Cognoscitivo-conductual
  - Biológico
  - Conductista
  
3. **En el psicoanálisis, el paciente parece desarrollar hacia el terapeuta sentimientos que en realidad son dirigidos hacia las figuras importantes en la vida del paciente. A esto se le llama:**
  - Regresión
  - Catarsis
  - Transferencia
  - Asociación libre
  
4. **¿Cuál es el objetivo principal de la terapia de la Gestalt?**
  - Encontrar las causas iniciales de los problemas actuales
  - Conocer la función de las relaciones disfuncionales tempranas en el desarrollo de problemas
  - Examinar las influencias de la niñez temprana en la vida adulta
  - Ver de manera realista el aquí y ahora.
  
5. **¿Cuál es el propósito del terapeuta conductual?**
  - Lograr que el paciente reconozca los problemas pasados
  - Proporcionar insight sobre las causas del problema
  - Enseñar al cliente formas más satisfactorias de comportarse
  - Proporcionar una atmósfera cálida donde puedan analizarse los problemas
  
6. **¿Qué terapia utiliza el dolor físico real para modificar la conducta?**
  - Psicoanálisis
  - Desensibilización
  - Condicionamiento aversivo
  - Condicionamiento operante

**7. ¿Qué terapia emplea el reforzamiento para modificar la conducta?**

- Psicoanálisis
- Condicionamiento aversivo
- Condicionamiento operante
- Desensibilización

**8. La mayor parte de los medicamentos antipsicóticos funcionan**

- Bloqueando los receptores de dopamina en el cerebro
- Aumentando la acetilcolina en el cerebro
- Inhibiendo la función del hipotálamo
- Aumentando la serotonina en el cerebro

**9. La \_\_\_\_\_ es una técnica psicoanalítica en que el paciente deja fluir sus pensamientos sin interrupción o inhibiciones.**

- Catarsis
- Transferencia positiva
- Regresión
- Asociación libre

**10. Un componente muy importante de la terapia centrada en el cliente es que el terapeuta exprese \_\_\_\_\_ por el cliente.**

- Consideración positiva condicional
- Consideración positiva incondicional
- Congruencia psicológica
- Transferencia positiva

**11. La técnica de \_\_\_\_\_ enseña al cliente a relajarse y permanecer tranquilo en presencia de un estímulo al que temía.**

- Inhibición recíproca
- Desensibilización sistemática
- Asociación libre
- Condicionamiento operante

**12. Una terapeuta cree que su cliente tiene una imagen errónea de sí mismo y relaciones con el ambiente que se basan en expectativas irreales. El propósito de la terapia será modificar las creencias del cliente para hacerlas más racionales. Es probable que la terapeuta esté empleando las técnicas de la terapia \_\_\_\_\_.**

- De la Gestalt
- Psicoanalítica
- Racional-emotiva
- Centrada en el cliente

**13. Sólo los \_\_\_\_\_ tienen la licencia que les permite prescribir medicamentos**

- Psicólogos
- Terapeutas
- Consejeros
- Psiquiatras

## Reconocimiento de la depresión

De vez en cuando, casi todos nos sentimos deprimidos. Suspender un examen importante, romper con el novio o la novia, incluso abandonar el hogar y a los amigos por asistir a la universidad son factores que generan un estado temporal de tristeza. Los eventos más significativos de la vida pueden tener un impacto aún mayor: la pérdida del trabajo o de un ser querido produce una sensación de desamparo acerca del futuro que es muy parecida a deslizarse en la depresión.

Los casos precedentes por lo regular se considerarían reacciones “normales” a los eventos negativos de la vida. Pero, ¿En qué momento esas respuestas normales cruzan la línea para convertirse en depresión clínica?, ¿cómo determinan los clínicos si la desesperanza y la desesperación expresadas por una persona constituyen un episodio depresivo mayor o sólo un periodo de tristeza que pasará con el tiempo?

El DSM-IV-TR proporciona el marco de referencia para hacer esta distinción. Primero, la depresión clínica se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, por la pérdida de interés y placer en las actividades habituales o ambos. Los clínicos también buscan algún deterioro o malestar en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes. La gente que sufre depresión no sólo se siente triste o vacía sino que también tiene problemas importantes para llevar un estilo de vida normal.

Los doctores también buscan otras explicaciones a los síntomas: ¿Podrían deberse al abuso de sustancias tóxicas o a los efectos colaterales de un medicamento que la persona está tomando? ¿Podrían ser el resultado de una condición médica como el hipotiroidismo (la incapacidad de la glándula tiroides para producir una cantidad adecuada de hormonas)? ¿Podrían interpretarse mejor los síntomas como una reacción de duelo intensa?

Si los síntomas no encuentran explicación en las causas precedentes, ¿cómo hacen los clínicos un diagnóstico de depresión? El DSM-IV-TR advierte que deben estar presentes al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo al menos uno de los dos primeros:

1. **Estado de ánimo depresivo:** ¿Se siente la persona triste o vacía la mayor parte del día, casi todos los días o los otros observan estos síntomas?
2. **Pérdida de interés en el placer:** ¿Ha perdido la persona el interés de realizar actividades normales como trabajar o asistir a eventos sociales? ¿La persona parece “pasar por la rutina” de la vida diaria sin experimentar ningún placer por ello?
3. **Pérdida o aumento significativo de peso:** ¿Ha aumentado o perdido más del 5 por ciento de su peso corporal en un mes? ¿Ha perdido el interés en la comida o se queja de que la comida ha perdido su sabor?
4. **Perturbaciones del sueño:** ¿La persona tiene problemas para dormir? O, por el contrario, ¿está durmiendo demasiado?
5. **Perturbaciones en las actividades motoras:** ¿Advierten los demás un cambio en el nivel de actividad de la persona? ¿Se queda la persona “inactiva” o su conducta refleja agitación o inquietud inusual?
6. **Fatiga:** ¿Se queja la persona de estar constantemente cansada y de no tener energía?
7. **Sentimientos de minusvalía o de culpa excesiva:** ¿Expresa la persona sentimientos como “Estarías mejor sin mí” o “Soy malvado y lo arruino todo para la gente que amo”?
8. **Incapacidad para concentrarse:** ¿Se queja la persona de problemas de memoria (“No puedo recordar nada más”) o de la incapacidad para concentrar la atención en las tareas simples, como leer un periódico?
9. **Pensamientos recurrentes de muerte:** ¿Habla la persona acerca de cometer suicidio o expresa el deseo de estar muerta?

Cuando se presentan estos síntomas y no se deben a otras condiciones médicas, el resultado suele ser un diagnóstico de depresión mayor, y es conveniente prescribir un tratamiento apropiado. Como veremos en este mismo tema el diagnóstico apropiado es el primer paso en el tratamiento efectivo de los trastornos psicológicos.

*Morris, Charles G., Maisto Albert A. Psicología. Duodécima edición PEARSON EDUCACIÓN, México, 2005.*