

UNIDAD 9 LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

1. ¿Qué entendemos por conducta anormal?

A-1. *¿Qué criterios podemos utilizar para distinguir la conducta anormal-anómala de la conducta normal?*

¿A qué llamamos conducta patológica?

A-2. *¿Tú crees que es posible ayudar a las personas que sufren trastornos psicológicos? ¿De qué forma?*

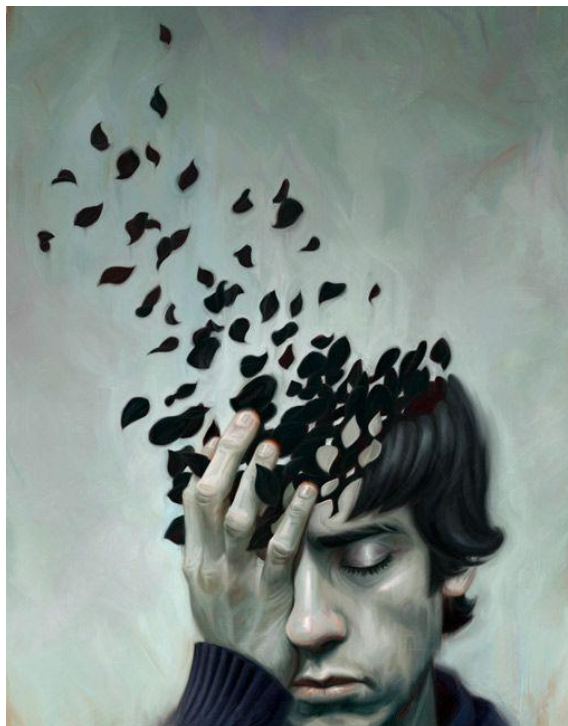
A-3. *¿Por qué crees que hay personas que no quieren buscar ayuda psicológica? ¿Cuál crees que es la razón por la que algunas personas que acuden a un psicólogo lo ocultan ante sus amigos?*

A-4. *¿Crees que la atención a las personas con trastornos mentales es un asunto que les incumbe a ellos y a sus familiares, o es también un problema social? Razona la respuesta.*

A-5. *¿Por qué es difícil definir la conducta “anormal” o “anómala”? Busca algunos ejemplos para los diferentes criterios de “anormalidad”.*

A-6. *Explica lo que es la conducta “anormal” o “anómala”. ¿Cuáles son sus rasgos?*

A-7. *Distingue entre **trastorno mental** y **enfermedad mental**.*



La conducta anormal.

Hay serias dificultades para aplicar los términos “anormal” y “normal” cuando hacemos un estudio psicológico del comportamiento humano ya que hay una gran diversidad de criterios:

- La norma: lo anormal sería lo extraño o diferente de la mayoría.
- La cultura: lo anormal es lo que no es aceptado por la cultura.
- El contexto: lo anormal es lo extraño en un contexto concreto.

Pero estos criterios son difíciles de aplicar en el ámbito psicológico.

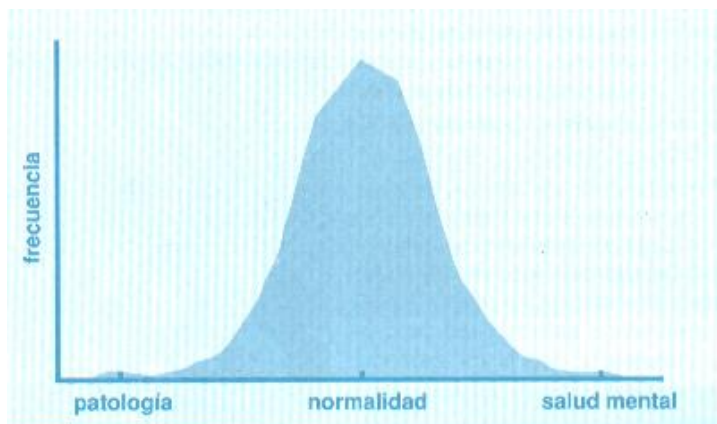
No hay por tanto una definición rigurosa de que es la “anormalidad” o lo “anómalo”, aunque sí podemos afirmar algunas características de la mayoría de las conductas consideradas anómalas:

- Inadecuadas desde un punto de vista cultural.
- Se acompañan de malestar subjetivo.
- Refleja una deficiencia psicológica y una disminución de la capacidad para enfrentarse a las exigencias y tensiones de la vida.

¿Quiere esto decir que la personas que gozan de salud mental no experimentan tensiones en la vida cotidiana? En absoluto. Las personas llamadas “sanas” desde un punto vista psíquico, tienen impulsos contradictorios, afrontan crisis en sus relaciones interpersonales y sienten emociones desagradables de dolor, ira o temor; pero en general, llevan una vida satisfactoria, tienen relaciones estables con amistades y familiares, en su trabajo son eficientes y saben relajarse y divertirse.

Hemos de tener presente, al hablar de “normalidad” y “anormalidad” en la conducta, que la salud mental no es un asunto de “todo o nada”, y que la salud mental no existe es estado puro y perfecto. El concepto de anormalidad puede aclararse si lo consideramos como un continuo: en un extremo se halla la anormalidad y en el otro la salud mental. Entre estos extremos se encuentra una gama muy amplia de conductas que se juzgan normales.

Por tanto, no existe una clara distinción entre lo normal y lo anormal, sino diversos grados de eficiencia psicológica, malestar subjetivo e inadecuación cultural. En las formas extremas de conducta anómala el individuo muestra una perturbación muy grave, sufre un fuerte malestar subjetivo y su inadecuación cultural produce gran temor o repulsión en los demás, pero la mayoría de las personas se sitúan en el centro de esta distribución, con deficiencias ligeras o moderadas.



¿Quién no ha tenido alguna vez reacciones que influyen en la eficacia de su trabajo o perjudican sus relaciones interpersonales? A algunas personas les causa ansiedad hablar ante la gente, otras sufren temores infundados, y muchas pierden un poco el control bajo la presión de un examen, otras padecen fases depresivas, pero no por ello se consideran personas con trastornos psicológicos graves. El trastorno psicológico se considera patológico (enfermedad, psicopatía) cuando resulta clínicamente disfuncional o perjudicial para el sujeto, pues las dificultades y problemas obstaculizan e incapacitan su integración en la sociedad. Por tanto, hemos de distinguir entre trastorno (alteración que provoca una conducta anómala pero que no invalida socio-culturalmente al individuo) y enfermedad. Según unos estudios realizados a comienzos de los años sesenta en Estados Unidos sobre los trastornos mentales, sólo el 19% de la población se podían considerar individuos sanos, el 10 % mostraba incapacidad o trastornos graves, el 13 % presentaba un trastorno notable, y el resto (58 %) presentaba ligeros o moderados trastornos.

A-8. Lee y comenta lo siguientes refranes.

- Todos somos locos, los unos de los otros.
- Del cuerdo al loco va muy poco.

2. ¿Cómo podemos explicar la conducta anormal?

A-9. Realiza un esquema sobre los distintos **modelos de estudio de la psicopatología** (distintas explicaciones de la conducta anormal y los trastornos mentales).

Modelos de estudio de la psicopatología.

A lo largo de la historia han sido varios los enfoques que se han empleado para explicar la conducta anormal y los trastornos mentales, hablamos de los modelos de estudio de la psicopatología. Veamos algunos de ellos.

- Enfoque moral o sobrenatural: la intervención de seres sobrenaturales (espíritus, divinidades,...) explican los trastornos del comportamiento porque se apoderan de ciertas personas y las obligan a cometer actos fuera de lo común (gracia o desgracia.)
- Enfoque biológico o **biomédico**: los trastornos del comportamiento tienen su origen en una enfermedad orgánica, y pueden ser tratadas como el resto de enfermedades. Esta idea, que aparece con Hipócrates aunque no se extiende hasta el siglo XVI, lleva a considerar que las personas con enfermedades mentales necesitan atención y pueden mejorar con un tratamiento médico adecuado. Desde finales del siglo XVIII aparecen los primeros hospitales para enfermos mentales y se impulsa el estudio de estas enfermedades, sus causas y posibles tratamientos médicos. Kraepelin, psiquiatra alemán del siglo XIX, proporcionó el primer sistema de categorización de las enfermedades mentales.

- Enfoque psicológico o modelo **psicodinámico**: la causa de trastornos en la conducta está en procesos mentales (psicológicos) y no en enfermedades orgánicas de la mente. Por ello, según Charcot (s. XIX), Freud y el modelo cognitivo, entre otros, estos trastornos pueden tratarse con métodos psicoterapéuticos o terapias psicológicas diversas (según tipo de trastorno o problema.)
- Enfoque **social o modelo conductual**: las principales causas de los trastornos mentales son de naturaleza social ya que todo comportamiento, tanto si se considera normal como anormal, procede de la interacción entre las condiciones naturales del ser humano y las experiencias que le proporciona el ambiente. Según el modelo conductual (conductismo, Wolpe y Eysenck), los trastornos y conductas “anormales” no son más que hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje. Hay una influencia ambiental en la conducta anormal pues existe una fuerte relación entre trastorno y cultura (Ej. Anorexia nerviosa en cultura occidental.). Desde este punto de vista el tratamiento de los comportamientos considerados anormales deben abordarse con medidas de tipo social – reaprendizaje – readaptación.
- Enfoque **biopsicosocial o multidisciplinar**: en la actualidad, la mayoría de los profesionales de la salud mental suponen que los trastornos y problemas mentales están generados tanto por disposiciones genéticas como por los estados psicológicos y las circunstancias sociales. Según esto, el tratamiento de la conducta considerada anormal tendría que abordarse desde un enfoque multidisciplinar.

A-10. *¿Qué explicación consideras más adecuada? ¿Por qué? ¿Pon algún ejemplo?*

A-11. *Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con el siguiente comentario: “Los expertos en la prevención de la salud mental sostienen que es posible prevenir muchos trastornos psicológicos. Su objetivo es transformar los ambientes opresores que deterioran la dignidad humana en ambientes más benévolos y positivos que promueven el crecimiento y la confianza en el individuo.” (Myers)*

A-12. *Si nadie está absolutamente sano y si todos poseemos recursos para afrontar los problemas, ¿cuándo debemos acudir al psicólogo? Trabajo en grupo: criterios orientativos. Encuesta: investiga la asistencia a consulta por problemas de salud mental. (preparar preguntas)*

3. Los principales trastornos y problemas psicológicos.

A-13. *¿Qué trastornos psicológicos conoces? ¿Qué diferencias hay entre ellos?*

A-14. *Explica lo que es el trastorno mental y distingue entre trastorno psicológico y trastorno mental. ¿Podemos distinguir entre trastorno psicológico y problema psicológico?*

Los trastornos psicológicos.

De una forma global suele definirse el trastorno mental como “cualquier anomalía que implique alteraciones graves en el pensamiento, las emociones o la conducta, de tal modo que dificulte a la persona que lo sufre la adaptación a su entorno.”

De una forma más restringida, se utiliza la expresión “trastorno mental” cuando el origen de la alteración está en una malformación fisiológica, empleando la expresión “trastorno psíquico”, cuando las anomalías poseen un origen psicológico.

A-15. *Realiza un mapa conceptual sobre los principales trastornos psicológicos.*

La A.P.A. (Asociación Psiquiátrica Estadounidense), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM, revisado en 1.994, describe más de 200 trastornos de carácter psicológico agrupados en 16 categorías. Veamos algunos de estos trastornos.

TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO

1. **Ansiedad**: estado de aprensión o tensión acompañado de conductas de evitación ante situaciones consideradas irracionalmente amenazantes o peligrosas. La ansiedad suele ir acompañada de manifestaciones fisiológicas como la sudoración, palpitaciones, tensión muscular, ahogo..., y no se considera patológica cuando la respuesta es proporcionada a la situación.

Los trastornos de ansiedad se suelen agrupar en distintas categorías:

a) **Trastornos fóbicos (fobias)**: temores irracionales ante una situación, objeto o actividad. Las más comunes son la agorafobia (temor a los lugares públicos) o la claustrofobia (pánico a los lugares cerrados.)

b) **Trastorno obsesivo – compulsivo**. Aquí entrarían las obsesiones del pensamiento, ideas, imágenes o recuerdos que se imponen a la conciencia de un modo involuntario, aunque se consideren generalmente repugnantes o sin sentido. Por ejemplo, dudar sistemáticamente de haber realizado alguna acción. También las compulsiones que son conductas repetitivas, hechas siempre de la misma manera que se realizan en respuesta a una obsesión, sin sentido y con finalidades preventivas de tipo “mágico”.

Tener de vez en cuando pensamientos obsesivos o conductas compulsivas es muy habitual, pero cuando llegan a ser persistentes e interfieren en el modo de vivir o provocan angustia estamos ante una situación patológica. Por ejemplo, verificar que se ha cerrado la llave del gas es normal, verificarlo 10 veces no lo es.

c) **Trastornos del estrés postraumático**: aparece después de haber vivido situaciones traumáticas: accidente, agresión, catástrofes naturales, etc. Quienes lo padecen reviven la agresión sufrida como un recuerdo constante, o, rehúyen hablar del acontecimiento y muestran síntomas de irritabilidad o insensibilidad cuando se les recuerda el hecho.

d) **Ansiedad generalizada**: la persona que lo sufre no puede identificar la causa de su trastorno y por tanto es incapaz de evitarlo. Freud la llamaba “ansiedad flotante”.

2) **La depresión**: sentimientos profundos de tristeza y desesperanza. Se considera clínica o **depresión mayor** cuando la persona sufre más de dos semanas seguidas la mayoría de los siguientes síntomas: desesperanza, crisis de llanto, trastornos del sueño y el apetito, desgana sexual, agotamiento, sentimientos negativos hacia uno mismo, y, en casos extremos, alucinaciones y delirios. Todo esto impide a la persona llevar una vida normal en el trabajo y las relaciones personales.

Hay distintos tipos de depresiones:

- Depresión reactiva: provocada por causas externas y que son bastante comunes e incluso pueden ser saludables hasta cierto punto, porque ayudan a asimilar el hecho.
- Depresión endógena: debida a causas orgánicas internas (bioquímicas, genéticas o neurológicas) y provocan que, sin motivo aparente, la persona que se encontraba bien hasta ese momento caiga en el abatimiento y la desesperanza. (Psicosis depresiva)
- Depresión clínica: asociada a enfermedades graves y consumo de drogas.
- Depresión involuntaria: asociada a determinados periodos de la vida.
- Depresión puerperal: después del parto.

3) **La manía**: es la emoción opuesta a la depresión. Las personas con este trastorno aparentan una alegría desbordante, son hiperactivos y muestran un optimismo exagerado que unido a una



autoestima sobrevalorada, hacen que la persona maníaca se arriesgue a emprender acciones inadecuadas en la confianza de que todo les va a ir bien.

4) **Trastorno bipolar o psicosis maniaco-depresiva**: alternancia de depresión y manía.

5) **Indiferencia emocional**: estado de insensibilidad, de anestesia afectiva, de frialdad emocional, y una situación de desapego psíquico, lo cual, si se vive así de forma inconsciente, ocasiona problemas de crecimiento personal y problemas sociales.

6) **Dependencia afectiva**: se manifiesta en las relaciones de pareja, familia o amistad. La persona dependiente se somete, idealiza y magnifica al otro. Para el dependiente esta situación afecta de forma negativa a su autoestima, y a su salud física y/o mental. Pese al malestar y al sufrimiento que la relación les cause se sienten incapaces de dejarla, siendo los intentos nulos o fútiles.

7) **Descontrol emotivo**: es una confusión de sentimientos que en ocasiones pueden ser sentimientos contrarios. EJ: cuando no sabes que sientes por alguien, si amor, cariño u odio.

TRASTORNOS ASOCIADOS A ELEMENTOS CORPORALES

1. **Los trastornos Picosomáticos**, también llamados trastornos **somatomorfos**: grupo de enfermedades caracterizadas por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una lesión orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente. Los pacientes suelen insistir en la presencia de síntomas físicos como dolor, inflamación, náuseas, vértigo, debilidad o lesiones, pero niegan tener problemas psiquiátricos, acompañado de demandas persistentes de exámenes y pruebas diagnósticas a pesar de que los hallazgos continuamente resultan negativos y de la garantía de los tratantes que los síntomas no tienen justificación orgánica. La sensación física reportada por los pacientes con trastornos somatomorfos no es ficticia o inventada, es sintomatología real que no tiene explicación o causa física. El diagnóstico de un trastorno somatomorfo implica que los factores psicológicos son un gran contribuyente a la aparición, gravedad y duración de los síntomas referidos. Los trastornos somatomorfos no son el resultado de simulación consciente.

Los más importantes son:

- **Neurosis de conversión**. Trastorno cuya causa es un conflicto psicológico que se convierte en un síntoma orgánico (EJ: ceguera sin lesión en el ojo). Los síntomas de la conversión no sólo existen por algo, sino para algo. Es decir, el trastorno de alguna manera le resulta útil a quien lo sufre, pues le libra de realizar determinadas cosas. (EJ: padecer dolores de cabeza cuando tenemos que ir a algún lugar que no nos apetece nos excusa de hacerlo.)

- **Hipocondría**. Su síntoma capital es la preocupación excesiva del paciente por su salud. Temores infundados, abuso de medicamentos y asistencia a consulta, etc.

2. **Trastornos disociativos**: cuando la persona sufre una súbita pérdida de memoria o experimenta un cambio de identidad. Suelen ocurrir en situaciones extremas de tensión, en los que el conocimiento consciente se separa de los recuerdos, sentimientos o pensamientos anteriores. Hay varios tipos:

- **Amnesia**: incapacidad para recordar hechos o situaciones. Es la respuesta a un estrés psicológico intolerable y suele ser selectiva, es decir, se olvida lo que resulta especialmente doloroso. Aparece y desaparece súbitamente.

- **Fuga**: supone también un olvido, pero implica además una huida: de la propia casa y de la propia identidad. Después se recuerda la identidad pero no lo que ocurrió durante la fuga.

- **Personalidades múltiples**: amplia disociación del yo, hasta tal punto que las personas que lo sufren tienen dos o más personalidades diferenciadas, con pautas de conducta y relaciones sociales propias, y, por supuesto, con comportamientos muy diversos. Las distintas personalidades no se manifiestan simultáneamente, sino que se alternan entre sí, de modo que se pasa bruscamente de una a otra. Generalmente, existe una personalidad principal que convive

con otras personalidades secundarias. La causa estaría en un trauma infantil (abusos) y representan un esfuerzo desesperado para huir de su propio interior.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se producen cuando el comportamiento y los rasgos que forman la personalidad se desorganizan de tal modo que provocan un deterioro y una inadaptación en las relaciones sociales y en la vida laboral. Algunos de ellos son:

1. **Trastorno antisocial**, psicopatía, sociopatía. La persona que lo padece viola reiteradamente las normas de conducta, en el hogar y frente a la sociedad. Con su conducta hace sufrir a los demás, aunque no acusa sufrimiento propio ni sentimiento de culpa. Suelen aparecer antes de los 15 años y se caracterizan por la falta de reflexión ante las consecuencias de la actuación, pobreza sentimental o carencia en la capacidad de sentir amor, pena, arrepentimiento, vergüenza, etc. La causa estaría en factores ambientales de privación afectiva y también en factores genéticos con anomalías en la función del sistema límbico.

2. **Trastorno paranoide**: las personas que lo padecen muestran rasgos de desconfianza, suspicacia, susceptibilidad, no aceptan las críticas, creen tener siempre razón y piensan que la culpa es siempre de los otros. Son orgullosos, fríos y con escaso sentido del humor.

3. **Trastorno histriónico**: personas que están muy pendientes de lo que opinen los demás, y tratan de impresionar con una conducta teatral, llamativa. Logran hacer amistades con facilidad, pero se convierten en posesivos, exigentes, egocéntricos, y reclaman constantemente la atención. Parece como si estuvieran “en escena” de modo permanente.

4. **Trastorno esquizofrénico o esquizoide**: son las que en líneas generales se suelen calificar como demencias (locura, psicosis), siendo su característica común la falta de lógica o la incomprensibilidad de la conducta, soliendo aparecer a edades tempranas. La **esquizofrenia** supone la escisión de los mecanismos psíquicos normales y que la mente funcione por leyes que están fuera de la lógica, dando como resultado comportamientos muy extraños. El esquizofrénico tiende a refugiarse en su mundo interior, aislándose del ambiente. Los síntomas más característicos son: sonoridad del pensamiento, alucinaciones auditivas, percepción delirante, sentimientos interferidos, alteraciones en el movimiento y la postura, etc. Los esquizofrénicos pueden sufrir delirios tales como creer que son enviados de Dios herederos al trono de Inglaterra o que los teléfonos les roban el cerebro, y están incapacitados para cualquier forma de trato social. Entre sus posibles causas estarían: el desequilibrio bioquímico cerebral (exceso de un neurotransmisor: la dopamina), la herencia genética, las infecciones víricas, el estrés grave y las lesiones cerebrales.

5. Trastorno **narcisista**: es un trastorno en el que una persona está excesivamente preocupada por la aceptación de los demás, el poder, el prestigio, la vanidad, y es mentalmente incapaz de ver el daño destructivo que está causando a sí mismo y a muchos otros.

6. Trastorno de **personalidad límite o límite**: es una afección mental por la cual una persona tiene patrones prolongados de inestabilidad emocional generalizada, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, relaciones interpersonales caóticas, inestabilidad de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación.

7. Trastorno de **personalidad dependiente**: necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos (comportamiento de sumisión o adhesión), además de un gran temor de separación. Tienen dificultades para tomar las decisiones, de que otros asuman la responsabilidad en las áreas fundamentales de su vida; dificultades para expresar desacuerdo debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación, dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera; deseo de lograr protección y apoyo de los demás; se siente incómodo o desamparado cuando está solo

debido a sus temores exagerados, y cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación; estando preocupado por el miedo al abandono y que tenga que cuidar de sí mismo.

TRASTORNOS ASOCIADOS A NECESIDADES BIOLÓGICAS Y ADICCIONES.

1. **Trastornos de la alimentación:** son desórdenes en la alimentación.

- **Anorexia nerviosa o mental:** la persona que la padece se niega de manera voluntaria a comer y experimenta una alarmante pérdida de peso. Cuando la delgadez se hace patente y la familia les obliga a comer fingen haber comido, esconden la comida, provocan el vómito, toman laxantes y diuréticos, etc. Las personas con anorexia tienen una fuerte distorsión de su imagen corporal, ya que perciben su cuerpo de forma equivocada: se ven “gordas o gordos y pocos atractivos”. Las causas de esta anomalía no están muy claras. Entre sus causas pueden estar el rechazo inconsciente de la propia imagen, el miedo a crecer, conflictos familiares, trastorno hormonal, déficit hipotalámico, culto al cuerpo, etc.

- **Bulimia nerviosa:** crisis de apetito voraz e incontrolado. Es frecuente que se combine con la actitud anoréxica, y el paciente, después de cada comida desordenada, intente vomitar. La lucha entre la atracción por la comida y el rechazo posterior se vive con ansiedad, sentimientos de culpa y autodesprecio. Normalmente, la ingestión exagerada de comida se inicia como compensación por un disgusto o fracaso.

2. **Trastornos de la impulsividad y adicciones:** dificultad para controlar determinadas tendencias o apetitos que el sujeto considera placenteros o urgentes de satisfacer, sin que otro tipo de razones (económicas, familiares, éticas, etc.) puedan frenar esta tendencia a pasar al acto. Aquí estarían, entre otros, los siguientes trastornos: comprador compulsivo, ludopatías, cleptomanía, drogodependencias, alcoholismo, adicción al sexo, adicción tecnológica (móvil, internet...), etc.



3. **Trastornos de la sexualidad:** los más frecuentes son en los hombres, la impotencia, la eyaculación precoz y la falta de interés sexual; en las mujeres, la falta de deseo o de excitación sexual, la falta de orgasmo y el vaginismo.

TRASTORNOS ASOCIADOS AL DESARROLLO EVOLUTIVO

Están relacionados con el proceso de evolución y desarrollo del ser humano, desde su etapa embrionaria, hasta la vejez. Algunos de ellos son:

1. **Autismo:** Trastorno psicológico que se caracteriza por la intensa concentración de una persona en su propio mundo interior y la progresiva pérdida de contacto con la realidad exterior.

2. **Retraso mental:** La discapacidad cognitiva o discapacidad intelectual consiste en una adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. ...

3. **Déficit de atención:** Se trata de un trastorno del comportamiento³ caracterizado por distracción moderada a grave, periodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. se caracteriza por dificultades para mantener la atención /concentración, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.

4. **Hiperactividad:** se caracteriza por un déficit de atención y un exceso de actividad motora (que desaparece con el tiempo.)

5. **Trastornos de aprendizaje:** afectan la forma en que el cerebro procesa la información, eso hace que, aunque la inteligencia sea normal o superior en el individuo, tiene dificultades para entender algunos conceptos, temas, áreas, etc.

7. **Trastornos asociados a la vejez:** se producen como consecuencia del proceso de envejecimiento. Algunos de ellos son la depresión, alzheimer, demencia senil, confusión mental, neurosis, psicosis y trastorno paranoide.

A-16. Distingue la ansiedad patológica de otras. Pon ejemplos.

A-17. Investigación sobre las diferentes tipos de fobias.

A-18. Pon algunos ejemplos de obsesiones y conductas compulsivas. ¿Cuándo pueden llegar a ser patológicas?

A-19. Explica lo que es trastorno bipolar.

A-20. Explica algún ejemplo de trastorno antisocial. Busca alguna noticia al respecto.

A-21. ¿Qué relación hay entre la anorexia y la cultura? ¿A qué personas suele afectar? ¿Cómo se podría prevenir esta enfermedad?

A-22. ¿Qué es lo que tienen en común la compra compulsiva, la ludopatía y la cleptomanía?

A-23. ¿Qué es el estrés? Ventajas e inconvenientes del estrés

A-24. **TRABAJO EN GRUPO.** Trabajo de investigación sobre alguno de los trastornos mentales o psicológicos. Presentar en clase.

A-25. ¿Y tu salud mental? Analiza tu comportamiento con el fin de detectar la tendencia que puedas tener a padecer con mayor o menor intensidad algunos de los síntomas que caracterizan a los trastornos psicológicos.

A-26. Test sobre la ansiedad. Psicoactiva

A-27. Investigación: ¿Cómo se puede prevenir la salud mental?

A-28. Película: "Alguien soló sobre el nido del cuco" o "Una mente maravillosa"

4. **El tratamiento de los trastornos y problemas psicológicos.**

A-29. ¿Conoces algunas terapias para el tratamiento de los trastornos psíquicos? ¿Crees que son eficaces?

A-30. Realiza un esquema sobre las **distintas terapias en los trastornos psicológicos.**

Tratamientos para los trastornos psicológicos.

El tratamiento para los trastornos psicológicos está en relación con la causa a la que se atribuye el origen del trastorno. Muchas terapias están basadas en la entrevista. Veamos los tratamientos más importantes.

1. **Las terapias psicológicas:** se emplean cuando el origen del trastorno está en formas inadecuadas de responder ante situaciones de la vida. Cada escuela psicológica ha desarrollado su propia terapia, por lo que hay muchas:

- **La terapia psicoanalítica:** su método consiste en hacer aflorar desde el inconsciente los episodios traumáticos (generalmente en la infancia) que originaron en los pacientes los trastornos actuales para que pueda afrontarlos y superarlos. La indagación del inconsciente se realiza mediante la asociación libre, el análisis y la interpretación de los sueños, y los recuerdos de la infancia. Es imprescindible una relación especial entre analista y paciente para que se produzca la transferencia afectiva: el paciente traslada al terapeuta los afectos que mantuvo infancia con sus padres y otras personas implicadas en el trastorno reprimido.



- Terapia conductista: considera que toda conducta es aprendida, por lo que para hacer frente a los trastornos mentales hay que eliminar los comportamientos inadecuados y adquirir nuevos hábitos de conducta más adaptativos. Son los llamados programas de modificación de conducta. Aplican técnicas de condicionamiento clásico y operante, adaptándolas a las situaciones problemáticas, principalmente la desestabilización sistemática (adaptación gradual al estímulo que provoca el trastorno, por ejemplo, una fobia), la inundación (soportar de manera intensa el estímulo de trastorno), aversión (asociar la conducta que se pretende eliminar con un sentimiento de dolor o desagrado) e imitación (seguir modelos apropiados con la ayuda de refuerzos positivos.) Son los llamados programas de modificación de conducta.

- Terapia cognitiva: como supone que el pensamiento influye en los sentimientos la terapia irá dirigida a reemplazar pensamientos negativos que influyen en los trastornos por otros pensamientos más positivos para desarrollar actitudes más racionales. Se trata de racionalizar las causas del trastorno para manejar mejor la situación.

- Terapia humanista: cree que la causa de los trastornos estaría en una frustración ante la imposibilidad de la autorrealización, por ello, pretende ayudar a las personas con problemas a aceptar su propia personalidad, a aumentar su autoestima y a elegir metas personales positivas y constructivas. La más conocida es la “psicoterapia centrada en el cliente” de Rogers, basada en la escucha activa y en un vínculo especial entre el terapeuta (consejero) y paciente (cliente.)

2. Las terapias biomédicas: se aplican cuando se considera que el trastorno tiene un origen biológico. Van dirigidas a modificar el funcionamiento del cerebro mediante tratamientos farmacológicos o quirúrgicos.

- Tratamientos psicofarmacológicos: son los más difundidos actualmente. Dentro de ellos encontramos los tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos (reduce alucinaciones y delirios).

- El electrochoque: consiste en provocar en el paciente una crisis convulsiva generalizada mediante el paso de una corriente eléctrica entre dos electrodos colocados uno a cada lado del cráneo en la zona frontotemporal. No se sabe cual es su mecanismo de acción, pero parece deberse a los cambios bioquímicos producidos en el cerebro durante la crisis. Su utilización genera una gran controversia, actualmente su empleo se limita a casos resistentes a otros tratamientos y a urgencias en psicosis agudas y en depresiones mayores.



A-31. Imagina que eres psicoterapeuta y tienes que crear su propio estilo de psicoterapia. ¿Qué estrategias seleccionarías y por qué?

A-32. ¿Qué tipo de terapia utilizarías para tratar una esquizofrenia? ¿Y una fobia? Justifícalo.

A-33. ¿Crees que hay incompatibilidad entre la terapia psicológica y el uso de psicofármacos? Razona la respuesta.

A-34. Comenta la siguiente frase que pone título a un libro de filosofía práctica: “Más Platón y menos Prozac”, de Lou Marinoff. ¿Debate filosofía / psicología?

A-35. ¿Qué tratamiento habrá que desarrollar en los trastornos que tengan su origen en las condiciones sociales? Razona la respuesta. Poner algunos ejemplos.

A-36. AMPLIACIÓN – DESARROLLO. Atención sanitaria en salud mental. Red de Asistencia en el SAS y entorno cercano.

A-37. AMPLIACIÓN - DESARROLLO. TRABAJO EN GRUPO. Antipsiquiatría (D. Cooper)