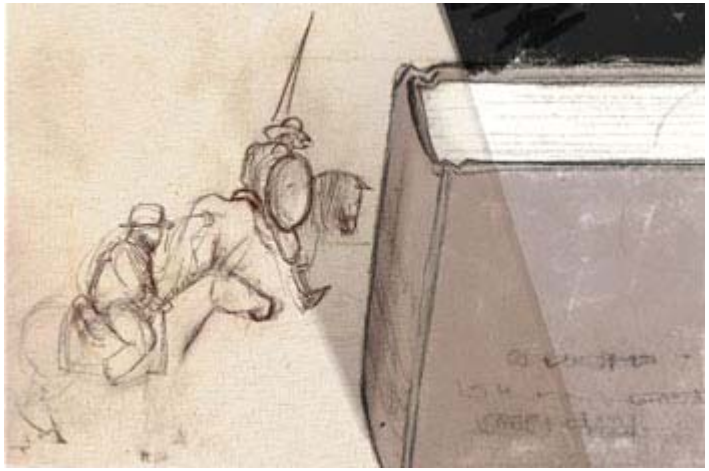
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA



TEMA 12. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Título Propio de Primer Ciclo en Seguridad Pública

Título Propio de Primer Ciclo en Detective Privado

UA Psicología Básica

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TEMA 12. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

1. DEFINICIONES.
2. PERSPECTIVAS EN LA COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.
3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.
4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.
5. TRASTORNOS AFECTIVOS.
6. TRASTORNOS DISOCIATIVOS.
7. ESQUIZOFRENIA.
8. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.
9. TIPOS DE TERAPIAS PSICOLÓGICAS Y APLICACIONES.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1. DEFINICIONES

TRASTORNO PSICOLÓGICO:

"Disfunción perjudicial" por la cual una conducta es juzgada como atípica, perturbada, inadaptada e injustificable.

(Myers, 2005)

Criterios fundamentales:

- ✓ Conducta inadecuada, inaceptable o molesta socialmente.
- ✓ Conducta inadaptada o perjudicial:
  - Malestar clínicamente significativo
  - Interferencia (incapacita, deterioro e interfiere).
- ✓ Conducta injustificable o irracional.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2. PERSPECTIVAS EN LA COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

PERSPECTIVA PRECIENTÍFICA	**Trastornos atribuidos a fuerzas extrañas, como el movimiento de las estrellas, los poderes divinos o los espíritus malignos.** **Tratamientos: exorcismos (golpear, quemar o castrar), extracción de dientes u otras partes del cuerpo, sangrías, etc.**
PERSPECTIVA MÉDICA	**Los trastornos psicológicos son enfermedades mentales se pueden diagnosticar sobre la base de sus síntomas y curarse mediante terapia, que puede incluir un tratamiento en un hospital psiquiátrico o psicofarmacología.**
PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL	**Los trastornos psicológicos son producto de la combinación e interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.**

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

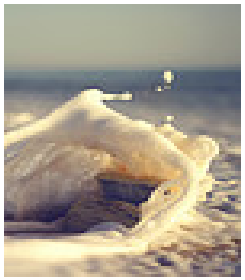
3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

1. CLASIFICAR EN LA CIENCIA: la clasificación para crear un orden, simplificar la realidad y facilitar el entendimiento.

2. CLASIFICACIONES EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA: emplear criterios diagnósticos predeterminados para definir la presencia o ausencia de

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

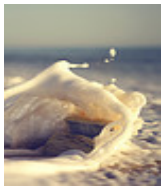
DSM -IV-TR (2000)



- ✓ Sistema que se usa ampliamente para clasificar los trastornos psicológicos.
- ✓ 17 categorías principales de trastornos mentales.
- ✓ Sistema diagnóstico multiaxial que incluye cinco ejes diferentes.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DSM -IV-TR (2000)



Eje I	Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
Eje II	Trastornos de la personalidad y retraso mental.
Eje III	Enfermedades médicas.
Eje IV	Problemas ambientales y psicosociales.
Eje V	Evaluación global del funcionamiento.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Crisis de angustia	**Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:** **1.palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca** **2. sudoración** **3. temblores o sacudidas** **4. sensación de ahogo o falta de aliento** **5. sensación de atragantarse** **6. opresión o malestar torácico** **7. náuseas o molestias abdominales** **8. inestabilidad, mareo o desmayo** **9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)** **10. miedo a perder el control o volverse loco** **11. miedo a morir** **12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)** **13. escalofríos o sofocaciones**

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Agorafobia	Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda .

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia.

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia .

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Fobias	**Trastorno de ansiedad caracterizado por miedo persistente e irracional y evitación de un objeto o de una situación específicos.**

F40.1 Fobia social (300.23)

F40.02 Fobia específica (300.29)

Tipos:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Trastorno Obsesivo-compulsivo	Pensamientos repetitivos (obsesiones) y/o acciones (compulsiones) indeseados o por ambos.

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

Obsesiones: Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

Compulsiones: Comportamientos compulsivos y rígidos relativos al control, orden, limpieza, la simetría, el orden y la exactitud, acaparamiento o actos mentales

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Trastorno por estrés postraumático	**F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)** ✓La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático. ✓El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente . ✓Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo. ✓Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma).
F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)	

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

4.TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Trastorno De Ansiedad Generalizada	**F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)** **Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.**

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MODELOS EXPLICATIVOS

Perspectiva del Aprendizaje	✓**Condicionamiento clásico del miedo:** Cuando suceden acontecimientos malos en forma impredecible e incontrolable se dispara la ansiedad, por CC se puede aprender a sentir miedo a este estímulo. ✓**Generalización del estímulo:** el CC explica como se puede generalizar el miedo a otros estímulos o situaciones debido al parecido con la experiencia traumática. ✓**Reforzamiento:** El reforzamiento negativo mantiene el miedo por alivio del malestar, ya que evitar o escapar a situaciones ansiógenas reduce la ansiedad y refuerza la conducta fóbica. ✓**Aprendizaje Observacional:** observar el miedo de los demás nos puede enseñar a temer a objetos o situaciones. ✓**Transmisión de información:** que nos cuenten que algo es peligroso o malo también cumple con esta función.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MODELOS EXPLICATIVOS

Perspectiva Biológica	✓**Selección natural**: desde un punto de vista evolutivo, los miedos tienen un carácter adaptativo, ya que se producen ante peligros que temieron nuestros antepasados y les facilitaron la supervivencia y la continuidad de la descendencia (arañas, serpientes, oscuridad, tormentas, lugares cerrados, alturas, etc.). ✓**Genes:** La predisposición genética se ha observado en personas que tienen más tendencia a padecer determinados miedos y un alto nivel de ansiedad. También con estudios de gemelos y en otros animales. ✓**Fisiología:** Pruebas de neuroimagen funcional como el PET han encontrado que determinadas áreas cerebrales relacionadas con el control de impulsos y las conductas habituales están hiperactivadas en personas con TA. Psicofármacos antidepresivos mejoran la sintomatología ansiosa.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

5. TRASTORNOS AFECTIVOS

TRASTORNOS AFECTIVOS	F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)
	F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)
	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
	F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0) F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)
	F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)
	F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

5. TRASTORNOS AFECTIVOS

Trastorno depresivo mayor: trastorno del estado de ánimo en el que una persona, sin razón aparente, experimenta durante dos o más semanas estados de animo depresivos, sentimientos de desvalorización y disminución en el interés o en placer por la mayor parte de las actividades.

Trastorno dístímico: Estado de animo extremadamente triste que ocupa la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos años o más.

Trastorno bipolar (trastorno maníaco-depresivo): trastorno del estado de animo en el que la persona alterna entre la desesperanza y la apatía de la depresión y el estado de hiperexcitación de la manía.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MODELOS EXPLICATIVOS

Perspectiva Biológica	**Genética:** **Estudios de gemelos indican una cierta predisposición genética para los trastornos afectivos.** **Análisis relacional aplicado a la investigación sobre los genes que predisponen al riesgo a padecer estos trastornos: muchos genes con pequeños efectos se combinan para predisponer a las personas aun riesgo mayor a padecer estos trastornos.** **El cerebro deprimido:** **Noradrenalina: Incrementada en T. Bipolar, disminuida en Depresión Mayor.** **Serotonina: Disminuida en Depresión (Ejercicio físico).** **Neuroimagen funcional:** **Depresión: cerebro hipoactivado, lóbulo frontal izquierdo (emociones positivas) inactivo, lóbulos frontales 7% más pequeño.** **T. Bipolar: cerebro hiperactivado.**

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MODELOS EXPLICATIVOS

Perspectiva Sociocognitiva	**EXPERIENCIAS ESTRESANTES COMO DESENCADENANTES.** ✓**PENSAMIENTOS NEGATIVOS**: ➢Influyen en los acontecimientos bioquímicos descritos anteriormente. ➢Creencias de autorrechazo, autoinculpación, atribuciones negativas y desamparo aprendido (indefensión aprendida). ➢Estilo atribucional de la culpa: estable, global e interno. ✓**ESTADOS DE ÁNIMO NEGATIVOS** ➢En estudios donde se provoca un estado de animo negativo los pensamientos son más negativos.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

6. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Trastornos disociativos de la personalidad	**F44.0 Amnesia disociativa (300.12)** La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente provocada por un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante.
	F44.1 Fuga disociativa (300.13) La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
	F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14) Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
	F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6) Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

7. ESQUIZOFRENIA

- **Término:** provienen del griego, mente dividida, en el sentido de alejamiento de la realidad.
- **Definiciones:**

  Es un trastorno psicótico por el que una persona pierde el contacto con la realidad, experimentando ideas por completo irracionales o percepciones distorsionadas.

  Grupo de trastornos graves caracterizados por pensamiento desorganizado y delirante, percepciones perturbadas y emociones y acciones inapropiadas.
- **Prevalencia:** 1% en población general.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SINTOMAS

Pensamiento desorganizado:

- ✓ Delirios: creencias falsas, a menudo de persecución o de grandeza, que pueden acompañar los trastornos psicóticos.
- ✓ Quizás explicado por déficit en atención selectiva y memoria de trabajo.

Percepciones distorsionadas:

- ✓ Alucinaciones: experiencias sensoriales sin estimulación sensorial real, en general auditivas.
- ✓ Voces que dar ordenes, insultan, etc.
- ✓ También visuales, gustativas, olfativas, etc.

Emociones y acciones inapropiadas:

- ✓ Aplanamiento afectivo.
- ✓ Movimientos compulsivos sin sentido o catatonía.

Deterioro en el funcionamiento social, personal, etc.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TIPOS

Esquizofrenia	F20.0 Tipo paranoide (295.30)
	F20.0 Tipo desorganizado (295.10)
	F20.2 Tipo catatónico (295.20)
	F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)
	F20.5 Tipo residual (295.60)

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

COMPRENSIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

✓ Anomalías cerebrales:

Hiperactividad dopaminérgica: causante de síntomas positivos; antidopaminérgicos: mejoran sintomatología positiva; las drogas que aumentan los niveles de dopamina intensifican estos síntomas.

✓ Anatomía del cerebro:

Hipofunción de lóbulos frontales; hiperfunción en otras estructuras como tálamo.

Estructuras como ventrículos laterales mayores.

Factores de riesgo: problemas neonatales.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

- ✓ **Virosis materna durante la mitad del embarazo:**

  Múltiples pruebas de que es así: epidemias, altas densidades de población, meses de invierno y primavera, hemisferio sur, gripe durante embarazo y anticuerpos.

- ✓ **Factores genéticos:**

  1% población general, 10% hermanos y 50% gemelos monocigóticos.

  Mayor probabilidad si los gemelos compartieron el entorno prenatal (placenta y sangre).

  Mayor probabilidad entre padres mayores (probabilidad de mutación).

  Pequeños efectos de múltiples genes.

- ✓ **Factores psicológicos:**

  Factores de riesgo:

  Una madre cuya esquizofrenia fue grave y duradera; complicaciones en el nacimiento, separación de los padres, escasa atención y deficiente coordinación muscular, comportamiento revoltoso o retraído, conducta emocional impredecible, escasas relaciones con pares y juegos solitarios.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

8.TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

"un **trastorno de personalidad** es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto".

DSM-IV-TR (APA, 2000)

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. **cognición** (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. **afectividad** (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. **actividad interpersonal**.
4. **control de los impulsos**.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

B. Este patrón persistente es **inflexible** y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca **malestar** clínicamente significativo o **deterioro social**, **laboral** o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es **estable** y de **larga duración**, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente **no es atribuible** a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente **no** es debido a los **efectos fisiológicos** directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	**F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)**
	F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)
	F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)
	F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)
	F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)
	F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)
	F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)
	F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)
	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)
	F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

10. TIPOS DE TERAPIAS PSICOLÓGICAS

PSICOANÁLISIS	Asociaciones libres, resistencias, sueños y transferencias. Interpretación para estimular la visión interior. Pasado.
TERAPIAS HUMANÍSTICAS	Crecimiento y realización personal (autoconocimiento y autoaceptación). Presente y Futuro. Gestalt
TERAPIAS CONDUCTUALES	Aplicación de principios del aprendizaje para eliminar conductas no deseadas. Condicionamiento clásico, operante.
TERAPIAS COGNITIVAS	Pretenden enseñar a las personas nuevas formas más adaptativas de pensar y actuar. Terapia racional-emotiva. Terapia cognitiva de Beck.
TERAPIAS DE GRUPO Y FAMILIARES	Familia como un sistema.Las conductas no deseadas de una persona como influidas por otros; intenta orientar a los integrantes del grupo familiar hacia relaciones positivas y mejorar la comunicación.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA. TEMA 12

Este tema se ha preparado a partir de los siguiente bibliografía básica:

- Papalia, D.E. y Wendkos Olds, S. (1996). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Myers, D.G. (2006). *Psicología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

@ 2009 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD