

INTRODUCCIÓN

Psicopatología: definición

Factores a tener en cuenta cuando se habla de psicopatología:

- Temporalidad (se ha dado a lo largo 3 meses o más, 6 meses o más...)
- Recurrencia (Es una cosa frecuente)
- Sufrimiento (El trastorno genera sufrimiento, ya sea a la persona o a los familiares que le rodean)
- Desadaptación al entorno (mi familia me da la espalda, no puedo trabajar por el trastorno...)
- Normalidad-anormalidad (las personas consideran que mis acciones no son normales y eso tiene un gran efecto en mi vida)
- El trastorno deteriora una área a más o a ninguna
- Ámbitos a explorar cuando se trabaja un caso:
 - laboral 3
 - familiar (cuidado prole, conflicto de pareja, violencia, abusos..., adecuación de roles/orden sistémico (inversión de roles, roles de género) 3
 - red social/amigos (quien le apoya) 3
 - economía 3
 - salud (si está bien mental o físicamente, en tratamiento, hábitos tóxicos) 1
 - ocio/aficiones 3
 - judicial (privación de libertad, antecedentes...) 3
 - espiritualidad/religión (APARTE DE BIO PSICO SOCIAL, espiritual.)

-BIO-PSICO-SOCIAL (aurrekok klasifikatzeko):

1. BIO
2. PSICO
3. SOCIAL

Tenemos que saber separar BIO-PSICO-SOCIAL en un informe, por eso es importante que hagamos lo anterior. El mismo informe lo firman tres personas diferentes el medico (bio), el trabajador social (social) y la psicóloga (psico)

U.1. HISTORIA Y CONTEXTO DE LA PSICOPATOLOGÍA

1. Historia
2. Conceptos
3. Modelos: modelo BIO-PSICO-SOCIAL
4. Red asistencial

¿Cómo se trataban las patologías por primera vez?

- Baños de agua (el agua es muy terapéutica)
- Lobotomía

-Exorcismo (pensar que están poseídas por espíritus malos, demonio...)

HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Desde el inicio de la civilización el ser humano ha querido entender y controlar la conducta anormal, existiendo cuatro tradiciones importantes:

1.1. Tradición sobrenatural

- El trastorno se ha considerado obra de malos espíritus. Ej: Exorcismo.
- Brotos de conductas extrañas en gran escala: Histeria colectiva, contagio emocional.
- Paracelso (1493-1541) sugirió que eran los movimientos de la Luna y los astros los que tenían efecto en el funcionamiento psicológico.
- En la ilustración, los trastornos eran un fenómeno natural cuyo origen estaba en la tensión mental o emocional, la fatiga, y para el cual había curación. Primeros tratamientos: descansar, dormir, un ambiente saludable y alegre, BAÑOS, ungüentos, pociones....

1.2. Tradición biológica/organicista (buscar las causas, cuando empezó la medicina, las primeras autopsias)

- Hipócrates (s. V a.C.) y Galeno (129-130 d.C): teoría de los humores
La enfermedad era resultado de una cantidad desproporcionada de humores/fluidos en el organismo: sangre en el corazón, bilis negra en el bazo, bilis amarilla en hígado y flema en el cerebro.
- En el siglo XIX "La sífilis" (ITS) se consideraba ocasionada por un microorganismo bacteriano que invade el cerebro.
- John P. Grey considera el trastorno mental consecuencia de causas físicas, tratando igual a enfermos físicos y mentales.
- El siglo XX: Descargas eléctricas, cirugía cerebral (lobotomía) y terapia farmacológica.
Decepción por no curación.
- Este modelo dio lugar a la pérdida del interés por tratar a pacientes mentales, porque pensaban que los trastornos de la mente se debían a una patología cerebral aún no descubierta, y que eran incurables.

1.3. Tradición psicológica

- Terapia moral o emocional (S XVIII-XIX): consisten en tratar a los/as pacientes internados/as de la forma más natural posible en un medio de interacción social normal, dando muchas oportunidades interpersonales.
- S XX surgen varias escuelas psicológicas con sus correspondientes concepciones y métodos terapéuticos: Psicoanálisis, conductismo, cognitivismo, humanismo.

1.4. Actualidad: Modelo científico integral BIO-PSICO-SOCIAL

Ninguna contribución a los trastornos psicológicos ocurre aisladamente.
Modelo centrado en la persona, en todas las áreas de su ser y su contexto.

Intentar trabajar desde lo psicológico (como interpreta la realidad), social (entorno adecuado, relaciones sanas) y biológico.

Se ve que las personas que tienen un entorno adecuado, necesidades básicas cubiertas, etc. tiene más bienestar. Por lo tanto, hay que trabajar todos los aspectos de la vida de una persona.

2. CONCEPTOS

2.1 PSICOPATOLOGÍA

-Ciencia que estudia los trastornos psicopatológicos: características, etiología y tratamientos.

Características: clasificación de trastorno, descripción clínica, prevalencia, incidencia en un periodo de tiempo concreto, tasa por género, edad de aparición, curso (agudo/tiempo limitado, crónico, episódico), aparición (aguda, insidiosa/gradual), pronóstico (predicción del curso del trastorno).

Agudo: muy intenso pero que va a ser pasajero. De repente surge, y en el momento tiene mucha intensidad y es grave.

Crónico: algo que no es tan agudo, es más intermedio, pero dura en el tiempo.

Episódico: cuando es episódico, significa que una persona que tiene algo crónico, ha tenido un brote/un episodio. Tiene una enfermedad pero lleva 5 años sin aparecer, pero ha aparecido, ha tenido un episodio.

Pronóstico: predicción, como pensamos que va a ir. Es decir, pronóstico. También como evoluciona como la persona, como reacciona ante las herramientas de tratamiento.

Etiología: bio-psico-social (el origen puede ser bio psico o social, es diferente; aún así el bio psico social se influyen entre sí. Por ejemplo: una persona que tenga una patología cardíaca, si tiene un exceso de estrés por conflictos en su casa (social) su enfermedad puede ir a peor.

-Ciencia multidisciplinar por que se nutre de diversas disciplinas: psicología, biología, neurología, genética, fisiología, sociología y antropología. Ninguna de las cuales por si sola podría abordar la psicopatología.

-Su **método** consiste en 1º describir el fenómeno psicopatológico, 2º buscar los factores causales que lo predisponen, precipitan o mantienen, y 3º prevenir y tratar los trastornos.

Es decir, describir, buscar y predecir.

-Trata de establecer leyes universales que expliquen el fenómeno psicopatológico, pero la finalidad última es el sujeto individual. Cada persona y lo que le ocurre es único y así debemos tratarle.

Se trata de hacer generalizaciones pero no podemos olvidar que cada persona es un mundo y por eso, nunca podemos olvidar que cada persona reacciona diferente ante enfermedades.

“No hay enfermedades sino enfermos”

EJEMPLO

Si no salgo a la calle porque tengo fobia, es una patología? Si porque aunque tenga salud, esa fobia me afecta al ambio laboral, social... Es decir, perturba mi vida normal. Un trastorno no es sinónimo de sufrimiento y falta de salud siempre.

No todas las patologías se medican, ejemplo de eso es lo anteriormente mencionado, la chica esta bien de salud pero tiene fobia a salir a la calle y eso tiene un efecto negativo en todos los aspectos de la vida.

¿Si vemos un diagnostico, se lo tenemos que decir a la persona?

¿Quién necesita la “etiqueta” diagnóstica la persona o el/la profesional?

2.2. ÁMBITOS ESPECIALIZADOS EN PSICOPATOLOGÍA

De la psicopatologia se encargan :

-Psiquiatría. Es la rama médica de la psicopatología clínica/aplicada.

Se enfoca en tratar la enfermedad mental desde sus bases biológicas. Fármacos

-Psicología clínica. Es la rama psicológica de la psicopatología clínica/aplic.

Se enfoca en tratar la enfermedad mental desde la conducta, pensamientos y emociones de la persona. Terapia cognitivo-conductual-afectiva-relacional.

Atención a la persona, no a grupos, ni deportes ni na...

-Psicología de la Salud. Rama de la psicología que a diferencia de las dos anteriores se enfoca en tratar el impacto psico-social de las enfermedades físicas, y prevenir la enfermedad.

Trata la psicopatología. Porque ? Se centra en que los problemas de salud tienen un impacto psicologico y social muy grande. Entonces, ve el impacto que tiene la salud en lo psicologico, y al mismo tiempo como se reviran problemas psicosociales en la salud. Al mismo tiempo, estudia como prevenir las enfermedades.

-Psicología de la personalidad. Área de la psicología que se centra en la personalidad de las personas, tanto en su vertiente sana como en la patológica.

Es otra rama que se encarga de hacer perfiles; porque existen trastornos de personalidad graves. Es más difícil cambiar la personalidad de una persona cuando ha tenido un trastorno de personalidad, por eso, se encargan de hacer personalidades y perfiles.

2.3. SALUD MENTAL

La presencia de psicopatologías no conlleva necesariamente ausencia de salud mental. La salud mental no es un concepto monolítico, definible simplemente en función, o sobre la base de, un solo criterio. Parámetros como autonomía funcional, percepción correcta de la realidad, adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno, relaciones interpersonales adecuadas, percepción de autoeficacia, buen autoconcepto, estrategias adecuadas para afrontar el estrés, etc., constituyen parámetros en los que debemos fijarnos cuando de lo que se trata es de diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona (Belloch e Ibáñez, 1992).

Ejemplo: Fobia

2.4. TRASTORNOS PSICOLÓGICO

Hace referencia a la disfunción psicológica asociada al 1. sufrimiento, 2. al deterioro del funcionamiento en al menos una o mas áreas vitales (laboral/escolar, ocio, familia, pareja, amistades...) y 3. con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente, criterio de "normalidad vs. anormalidad" estadística.

2.5. CRITERIOS DE NORMALIDAD VS. ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

Las personas no estamos sanas o trastornadas de forma rígida y permanente.

Trastorno es una conceptualización que depende de lo que se considera adecuado o normal en una cultura en base a un criterio Estadístico, es decir parte de que las características de las personas tienen una curva normal. Se considera trastorno lo que es infrecuente a diferentes niveles:

-Biológico: Que el trastorno tenga origen orgánico, disfunciones de estructuras o procesos biológicos (ej: depresión-baja serotonina). Deja de lado aspectos psicológicos-sociales (ej: depresión por ruptura pareja)

-Clínico: Que los síntomas del trastorno sean observables (objetivos), y referidos por la persona (subjetivos). (ej: no es normal que una persona llore todos los días).

Uno solo de estos criterios no es suficiente para considerar un trastorno

Ningún comportamiento, sentimiento o pensamiento es por sí mismo patológico

DIMENSIONALIDAD: Conducta y personalidad normal o anormal tiene los mismos componentes (ejemplo: ansiedad), es un continuo en el que los trastornos son los puntos mas extremos

POR TANTO LA NORMALIDAD NO ES EL CRITERIO FUNDAMENTAL

CRITERIOS FUNDAMENTALES para que se considere transtorno:

1. **SUFRIMIENTO:** La persona sufre o se daña.

2. **DESADAPTACIÓN:** deterioro del funcionamiento y adaptación al entorno en al menos una o mas áreas vitales. Si esta teniendo problemas en alguna area..

3. **ANORMALIDAD:** Criterio mas subjetivo, relativo, cultural... Es el ultimo criterio a utilizar porque cambia dependiendo de la cultura lo normal. Si su conducta es normal.

Tiene que haber sufrimiento, es trastorno porque perjudica areas vitales (no puede trabajar por eso, etc.) y si su conducta es anormal (esta haciendo algo que nadie hace).

También hay cosas que normalizamos y son patologicas, por ejemplo: el consumo de alcohol en nuestra cultura. Se esta bebiendo por encima de lo saludable y esta normalizado. O como la utilización del móvil, nos parece normal que alguien esté con el movil todo el rato. LO mencionado se puede considerar patologico.

Si estoy un poco mal solo igual no es trastorno, eso no quiere decir que no se vaya a tratar. Porque si no lo tratas puede ir a peor.

3. MODELO ACTUAL: BIO-PSICO-SOCIAL (ENGEL) ASPECTOS (+) Y (-)

•Trata los trastornos desde la MULTICAUSALIDAD. Contrario a la dualidad mente-cuerpo.



HAY QUE EVALUAR

-Biológico: Genética, prenatal, lesiones, enfermedades, operaciones, ingesta sustancias....

-Psicológicos: Aspectos emocionales, cognitivos (de razonamiento, lenguaje, memoria, y afectivo, sentimientos, triste, enfadado...) (procesos de atención, percepción, memoria, aprendizaje...) Conductuales, trastornos en esta esfera. (Que tal duermes, comes....)

-Sociales: Familia, red social, laboral, economía, ocio, cultura, barrio... Instituciones (colegio, sistema judicial, hospital....)

-Nivel de adaptación general: Autonomía Vs. Dependencia, discapacidad % (presenta problemas en lo social por su dependencia por ejemplo, se adapta o no se adapta, a que no se adapta...)

Una dimensión puede ser más importante que otra, dependiendo del trastorno (Ej: En el síndrome de Down el factor biológico es más importante que el ambiental, en las adicciones es más importante el social y en los trastornos afectivos el psicológico).

**Como obtenemos una información integral de la persona?
Hay muchos modelos, aquí se transmite uno de ellos.**

TÉCNICA: HISTORIA DE VIDA , CUESTIONARIOS, INFORMES DE OTR@S PROFESIONALES

(Cuánto dura una historia de vida? Más o menos, 1h 30min Depende de si la persona se abre, como este emocionalmente, el papel del trabajador social...)

Todo lo que se cuenta la historia de vida es importante. Hay que recoger la información (apuntes), preguntar sobre biológico, social, psicológico... A parte de los temas que se quieran tocar, hay que saber que preguntar porque a un niño no se le pregunta sobre el ámbito laboral. Por ello, se empieza a preguntar por etapas, niñez, adolescencia, adulterio... Se puede preguntar también por el embarazo, el prenatal si sabe si en su embarazo hubo algún problema o etc.

Infancia: que recuerdo tienes de tu infancia con la familia, en el cole qué tal con los compañeros y estudiando (académico)

Adolescencia: que tal? Porque es un periodo de cambio, hubo algún problema de salud? Fue fácil, complicada?

Finalización de la adolescencia: académico, laboral, salud, ocio, laboral (depende), hábitos tóxicos, consumos, relaciones, primera pareja, vida afectiva, que proyecto de vida tiene, religion (social)

Adultos: hábitos tóxicos, (si es un habito muy grave, lo metemos en lo psico por adicción y bio porque afecta a su salud, y si tiene compañías donde trafican o asi, lo ponemos en lo social); y todo lo de antes,....

A la hora de decidir si tiene trastorno o no preguntaremos sobre sus emociones (lenguaje verbal y no verbal). Preguntar también si se adapta bien a todos los ámbitos de su vida...

PROPONER INTERVENCIÓN. Cuando hayamos hecho lo de arriba, planteamos una intervención. Puede ser de recurso económico, intervencion educativa, medica, psicológica, un ingreso hospitalario.... Es decir, al analizar si hay handicap o no eso nos ayudará a hacer la intervención, haremos una intervención en una area o más (por ejemplo, recurso económico y recurso psicológico).

Para valorar el nivel de sufrimiento: Ideación autolítica suicida.

TECNICAS: Hablar lo menos posible, hay que escuchar más que hablar, escuchamos y planteamos preguntas; no hacemos comentarios nuestros, ni consejos ni observaciones. Escucho, apunto y pregunto. Reflejo emocional (cuando una persona nos cuenta algo y no puedo soportar, es difícil de llevar, no puede parar de llorar porque empatizo, reflejo la emoción que yo veo-hacer un reflejo emocional es poner nombre a su emoción, bere emoziol izena jartzea basikamente) y clarificación. Tener muy en cuenta el lenguaje no verbal, porque es el que más dice y el más real en muchos casos. Si la persona no conecta con su emoción, nosotros hacemos que ella sea consciente de lo que siente. A veces la gente niega lo que siente como mecanismo de defensa, por ejemplo, dice que no le importa en serio pero está cabreadísima. Por lo tanto, trabajar contenidos y clarificar eso. (Te entendido esto, es así? Le das prioridad a esto no?)

Como se le plantea una intervención a la persona? Por ejemplo, si creemos que alguien debería ir a psicólogo, que le diríamos? Es mejor preguntarle si ha pensado en ir al psicólogo, en vez de recomendarle ir. Emplan, oye y no has pensado en esto esto y esto....? Si son síntomas graves, se lo decimos, pero en casos leves, se lo preguntamos. Preguntar si ha intentado arreglar el problema de alguna manera o así...

Nociones a tener en cuenta:

-Evolución, trayectoria vital. (Ej: Es diferente tratar una fobia a una persona a la que le ha mordido un perro, que una persona con personalidad miedosa desde siempre).

-Estructura de personalidad, capacidad defensiva, RESILIENCIA (Capacidad de reponerse de algo). Va a influir en que aparezca un trastorno o no, incluso más que los factores estresantes. (Si la personalidad tiene que ver con el trastorno. Adb Una persona de personalidad muy perfeccionista, puede llevar a tener un trastorno obsesivo compulsivo). (Hay personas que surgen por la personalidad, adb. Se me a muerto marido y tengo depresión)

-Factores predisponentes. (En lo psico y social no se habla tanto de predisponentes) Predisponen a tener el trastorno (genética, periodo prenatal, personalidad, vínculos de apego). Lo que ya tiene antes de una situación. Estos facilitan o predisponen y aumentan la probabilidad de que ocurra. (La tía tuvo cáncer, y entonces la sobrina puede tener predisposición. Una persona que sus padres han sido alcohólicos, tiene predisposición a poder serlo ella también.)

No parece haber genes individuales dominantes que determinan un trastorno, pero sí la influencia de varios

-Precipitantes. Sucesos estresantes que ocurren poco antes que el trastorno. Algo que ha causado que pase X. Es el desencadenante. Puede pasar que no haya precipitantes. (ADB.LAprecipitante de un accidente de coche hace que ahora tenga fobia a andar en coche)

Otros estudios postulan que los genes también pueden predisponer a que una persona

sufra sucesos estresantes.

-Factores de mantenimiento. Condiciones personales y de contexto que hacen que el trastorno se mantenga.

TOMA DE DECISIONES, INTERVENCIÓN

Más que etiquetar a la persona, analizaremos las diversas dimensiones de la misma, con sus debilidades y potencialidades, lo disfuncional y lo funcional... con el fin de facilitar una intervención más eficaz, y no estigmatizarle.

“Más allá de la psicopatología, se trata de establecer una relación de ayuda humana”

-Honearte indeu.

4. RED ASISTENCIAL: TOMA DE DECISIONES

Cuando estamos trabajando con una persona y vemos un problema psicológico, médico, ... le derivamos.

Vamos a trabajar con la red pública o privada? En principio, con red pública; pero debido a la gran demanda en lo público solo se tratan casos graves, por eso derivamos a privados.

Primero tenemos que saber si una situación es de crisis o no.

•SANIDAD PÚBLICA

-MÉDICO DE CABECERA (CENTROS DE SALUD)

-PSIQUIATRA ESPECIALISTA (CENTROS DE SALUD MENTAL: general, infanto-juvenil, toxicomanías, alcoholismo). CARENCIA DE PSICÓLOG@S

-HOSPITAL GENERAL/UNIDAD PSIQUIÁTRICA. Ingreso corta estancia. En casos de urgencia y/o gravedad vital. 112

-HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. Ingreso media-larga estancia.

-HOSPITAL DE DÍA. En caso de cronicidad (estructura de rehabilitación, reinserción social, educación, ocupación)

Red de Salud Mental en Guipuzcoa: 162 profesionales en 15 unidades multidisciplinarias (psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras, auxiliares, TS, ED y terapeutas ocupacionales).

- **INTERVENCIÓN EN CRISIS:** En casos de RIESGO VITAL PARA PACIENTE O 3ºS (Detalles en tema 2)

-INGRESO HOSPITALARIO. Ambulancia 112, ingreso hospitalario unidad agudos voluntario

o involuntario, necesidad de 24 horas de cuidado y vigilancia de la persona.

SI MEJORA o se estabiliza posterior TRATAMIENTO EN RED psiquiátrico (farmacológico), psicológico-educativo (activar estrategias de afrontamiento), y social (contención, apoyo familiar y gestión de recursos), hospital de día en casos crónicos.

SI NO MEJORA o no estabiliza, ingreso en Hospital Psiquiátrico para media-larga estancia.

- **DEFENSA:**

-En caso de CONDUCTA DELICTIVA: 112, **POLICÍA** Y AMBULANCIA, INGRESO HOSPITALARIO..... Lo mismo que la anterior

- **JUSTICIA: DISCAPACIDAD MENTAL** (gravedad y cronicidad)

-TUTELA (general) o CURATELA (solo económica) de la persona, que recae en la FAMILIA

-En caso de DESAMPARO FAMILIAR SERVICIOS SOCIALES y JUSTICIA determinan que la tutela o curatela sea institucionalizada:

HURKOA (discapacidad mental)

FUNDACIÓN ATZEGI (discapacidad intelectual) SS / GORABIDE BILBO