

Universidad del sureste
Psicología ejecutiva
Psicopatología
Resumen actividad uno
Mtra. Adriana Alejandra Martínez rodríguez
Alumno. Josefa Solís Lopez

Antecedentes de la Psicopatología

Griegos y Romanos: dan una explicación demonológica; la locura es el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en estado de cólera. Restos de cráneos trepanados (agujeros) en Pero para que salieran los espíritus malignos.

Hipócrates: primero en señalar el origen natural de la enfermedad mental; interacción de Y Tumores del cuerpo: sangre, Vilis negra amarilla y flema. En el año VIII AC. Los griegos fueron los primeros en separar el estudio de la mente con la religión. Atribuyen el origen de las enfermedades psíquicas a un origen natural. Buscaron la base de una ciencia real de la enfermedad, investigaron la conexión entre la causa y efecto e introdujeron 3 tratamientos psicológicos: Introducción al sueño, Interpretación de los sueños, Dialogo con el paciente. En 450-350 A.C.- Hipócrates escribe el Corpus Hipocrático, donde señala que los trastornos mentales son tratables como cualquier otra enfermedad. Después en 25 A.C.– 130 D.C. Los romanos Postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Durante el periodo de 129-198 D.C.- Galeno retoma las teorías de Hipócrates, creando el pensamiento hipocrático-galénico; su teoría más representativa es la teoría de los humores. Y finalmente de 865 – 925 D.C.- Tras caer el imperio Romano, la cultura griega y latina sufre una involución. La iglesia hace referencia a la demonología, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesión demoniaca, debían estudiar signos y estigmas. Renace el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo extra natural de la enfermedad mental. A partir del siglo XVI tiene lugar en occidente la que se ha considerado como la «primera revolución en salud mental». El humanismo que caracteriza al periodo del Renacimiento establece el centro de interés en el ámbito del hombre, la razón, la ciencia y la naturaleza, aunque en el ámbito de la salud mental, las creencias religiosas encuentran un arraigo muy firme que se mantendría todavía durante mucho tiempo. en Alejandría: el internamiento se realiza en cuidados sanatorios Donde la ase terapéutica consistían ejercicio físico! ,estas paseos hidroterapia y conciertos musicales.

edad media: regresan las concepciones demonológicas y el tratamiento en este período era llevado a cabo por monjes en los monasterios. Entre los años 1809 – 1873 Morel: en su Tratado de Enfermedades Mentales postulo que las enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares. Introdujo la denominación de "Demencia Precoz" para referirse a la actual esquizofrenia y entre 1836 a1909. A mediados del siglo XIX se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales. Se trataba de rehabilitar mediante un horario fijo que apoyara sus hábitos regulares; un trato bondadoso, visita diaria del superintendente, algunos medicamentos, actividades físicas y mentales, ambiente tranquilo y agradable. En el siglo XX se teorizó una cura para la esquizofrenia provocando convulsiones, así como, la terapia de choque insolítico. Consistía en dar dosis de insulina cada vez mayores a los pacientes, hasta que literalmente convulsionaban, y finalmente caían comatosos. A partir de los estudios de Edward Thorndike e Iván Pávlov surgen los trabajos de John Broadus Watson (1878 - 1958), en los que trata de aplicar los principios del condicionamiento clásico al comportamiento psicopatológico. Más adelante destacarían autores como Hans Eysenck (1916 -1997) y Joseph Wolpe (1915 - 1997), así como el célebre Burrhus Frederick Skinner (1904 - 1990), que desarrollaría los principios del condicionamiento operante. En oposición a la corriente psicoanalítica, en Europa surgen las posturas fenomenológicas desarrolladas por Karl Jaspers (1883 - 1969), que hunden sus raíces en la corriente existencialista, niegan la estructuración tripartita de la psique que proponía Freud, y relativizan el papel que este le otorgaba al inconsciente en el comportamiento humano. En 1917 Vygotsky y Luria Trataron de elaborar una psicología en teoría de las reacciones del psiquismo al mundo material. Le da valor a la integración del individuo con su entorno sociocultural. En 1968 Wells diseño pruebas psicométricas y medición psicogalvanica y en 1973 Wiggins sostenía que las perspectivas más importantes de la psicología de la personalidad (biológica, experimental, social, psicocéntrica) se sustentan en los postulados darwinistas de la selección natural.

Concepto de Psicopatología

El objeto de la psicopatología. La psicopatología es la descripción de la conducta anormal, así como averiguar las causas y los procesos (memoria..) característicos de ésta. La aplicación práctica de esto es lo que llamamos psicología clínica o psiquiatría. El objeto de estudio de la psicopatología es la conducta anormal. ¿Pero qué es la conducta anormal?, un ejemplo de conducta anormal sería la idea de suicidarse, lo que siempre ocurre en conducta anormal es que se produce una falta de autoestima. La psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. Todas estas disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales.

Conceptos básicos relacionados con la Psicopatología

Psicopatología y psiquiatría

En su quehacer diario, la psiquiatría se suele entender como una práctica médica clínica. Desde este punto de vista, la psicopatología se encargaría de estudiar la descripción, evolución y etiología de los trastornos, mientras que la psiquiatría trataría de integrar y aplicar esos conocimientos en su práctica clínica, compartiendo estos aspectos de intervención con la psicología clínica. Consideremos entonces las diferentes acepciones:

Psicopatología como psicopatología descriptiva: entiende a la psicopatología como un lenguaje consensuado clínicamente y cuyo propósito es describir e intuir las experiencias anormales del paciente, descripción derivada de la hatero o auto-observación. En este sentido, opera tanto desde una fenomenología de la tercera persona hatero observación, como desde una fenomenología de la primera persona auto observación Resulta inevitable que una psicopatología descriptiva "fracture" fenómenos complejos en unidades y tipos aislados así como que se "reescriba" y transforme lo observado. Este hecho es inevitable, pero obliga a ser prudente en la descripción y evitar ratificar fenómenos complejos. Dicho de otro modo, confundir el concepto con algo real Psicopatología como psicopatología clínica, pretende identificar síntomas clínicamente relevantes, agrupados en síndrome etiológicamente inespecíficos, con el propósito de desarrollar una nosografía. En este proceso diagnóstico, es importante la diferencia entre forma y contenido, propuesta por Jaspers y posteriormente por Kurt Schneider.

Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica, se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta Psicología conductista o cualquier otro proceso cognitivo permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la fobia son bien conocidos, encaje este cuadro clínico o no dentro de la categoría psiquiátrica de fobia. Psicopatología y psicología clínica

La psicología clínica se interesa por el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha considerado una disciplina aplicada que se ocuparía de los aspectos prácticos de la clínica diaria, mientras que la psicopatología está más ligada al empleo de métodos experimentales para describir y explicar la conducta anormal. El concepto de psicopatología ha sido definido de diferentes maneras, cultural y temporalmente. No existe una definición única de psicopatología, sino más bien modelos de trabajo sustentados en teorías implícitas de la mente. Para Karl Jaspers p.ej. el objeto de estudio de la psicopatología era el "acontecer psíquico, patológico y consciente", expresado en ideas, emociones, vivencias etc. Wolfgang Blankenburg planteará años después que lo psicopatológico no está definido por lo normal/anormal de la experiencia, sino por la libertad de poder comportarse en uno u otro sentido. Para él, es tan patológica la conducta del "psicópata" -que no puede sino dañar- que la del normó pata, que no puede sino comportarse normalmente, dentro de lo deseado.³ Propone de este modo una "psicopatología de la libertad", en consonancia con los planteamientos de Henry Ey. A diferencia de la psicopatología, la psicología de la salud se centra, más específicamente, en investigar los factores asociados a la salud física y a su mantenimiento, debiendo además tener en cuenta la dimensión social de la salud. Así, la exclusión de los trastornos mentales del campo de actuación e investigación de esta disciplina la delimitaría del objeto de estudio de la psicopatología (Belloch et al., 2008): la psicopatología se ocupa de los trastornos mentales, mientras que la psicología de la salud se ocupa de enfermedades físicas. Definir el objeto de estudio de la psicopatología es también un objetivo complejo y supone establecer una línea divisoria entre lo normal/anormal. Si realmente se pudiera dibujar la línea que separara ambos conceptos, el de normalidad y el de anormalidad, la psicología de la personalidad trataría de establecer leyes que describan y expliquen la estructura, los procesos internos y el funcionamiento de la personalidad normal, y la psicopatología de establecer leyes que describan y expliquen muchos y distintos tipos de alteraciones o de personalidades trastornadas.

Modelos en psicopatología

Aunque no hay una definición unánime para explicar el concepto conocido como psicopatología, dentro de la clínica, alude al área de la psicología y la medicina que se encarga del estudio de los síntomas y/o de los trastornos psicológicos que podrían estar de una serie de conductas y/o pensamientos poco comunes o inadaptados con el fin de realizar una nosografía o clasificación y descripción de los trastornos psíquicos.

Para que haya una correcta evaluación, diagnóstico y un tratamiento adecuado de las diferentes psicopatologías, existen diversos modelos de psicopatología con ese cometido.

Los diferentes modelos de psicopatología, aunque tienen diferentes perspectivas a nivel teórico sobre lo que es una conducta anormal, siguen unos mismos criterios para detectar posibles psicopatologías, aunque los diferentes criterios tienen diferentes grados de relevancia en cada uno de los modelos que hay.

Si bien los criterios no deben identificarse con los grandes sistemas o modelos sobre la conducta anormal, lo cierto es que las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal se basan en tales criterios y, en principio, se diferencian entre sí según el mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos. No debe extrañarnos, por tanto, que las perspectivas o modelos en psicopatología sean también múltiples.

Criterios generales de los modelos de psicopatología

Los principales criterios empleados en los diferentes modelos de psicopatología poseen mayor o menor relevancia según la concepción que tengan cada uno de lo que es una psicopatología.

Los siguientes criterios sirven para delimitar la psicopatología de la normalidad y a la vez para comprenderlas. Para cualquiera de los modelos de psicopatología es importante tener en cuenta todos estos criterios para poder explicar cuándo una persona padece cualquier tipo de patología a nivel psicológico.

1. El criterio estadístico

Este criterio de los modelos de psicopatología se basa en cuantificar los hechos a nivel psicológico mediante el uso de técnicas estadísticas y su normal distribución en la población, como es la de la campana de Gauss. Este criterio tiene en cuenta que una psicopatología sería aquello que se desvíe de la normalidad; en otras palabras, lo que sea poco frecuente dentro de la población, por lo que se vean pocos casos similares.

Al mismo tiempo considera que una alteración a nivel psicológico es producida por defecto o por exceso de alguna característica normal, de manera que las diferencias entre la psicopatología y la normalidad son cuantitativas y, por ende, lo psicopatológico es aquello que resulta poco infrecuente pero que tiene los mismos elementos que lo que se considera que se encuentra dentro de la normalidad.

2. El criterio interpersonal o social

Siguiendo de este criterio de los modelos de psicopatología las conductas normales y saludables serían aquellas que posibilitan a una persona adaptarse al entorno siguiendo los modelos habituales y esperables dentro de su sociedad y su cultura sobre el comportamiento correcto que deben llevar los diferentes miembros pertenecientes a las mismas, lo que podría considerarse como una normalidad adaptativa.

Por tanto, se consideraría una conducta como anormal cuando no se ajusta a los modelos de comportamiento socioculturales, lo que dificulta la integración del individuo dentro de la sociedad.

3. El criterio subjetivo

Desde este criterio de los modelos de psicopatología sería la propia persona quien se encarga de hacer la valoración con respecto a su propio estado de salud como normal o si detecta algún problema, en cuyo caso debería expresarlo de forma conductual y verbal al profesional de la salud mental que se encargue de su atención y tratamiento.

En caso de que la persona padezca algún tipo de demencia o algún trastorno del espectro de la esquizofrenia es común que tenga una nula o escasa conciencia de padecerlo, por lo que será bastante complicado que pueda expresarlo.

4. El criterio biológico

Por último, de acuerdo con este criterio de los modelos de psicopatología se concibe la psicopatología según haya o no alguna disfunción o alteraciones en el correcto funcionamiento del organismo, teniendo en cuenta a su vez factores hereditarios, bioquímicos, inmunitarios, etc.

En este caso la nomenclatura de las distintas psicopatologías empiezan por los siguientes prefijos en función de las causas:

Con el prefijo "a", son aquellas psicopatologías en las que hay alguna carencia.

Con el prefijo "dis", están las psicopatologías en las que hay agentes patógenos externos.

Con el prefijo "hiper" o "hipo", cuando se rompe el equilibrio de los procesos o estructuras relacionados.

1. Modelo biomédico

El primero de los principales modelos de psicopatología es empleado desde los tiempos de Hipócrates, siendo quien lo desarrolló en relación a su concepto de "patología de los humores" y fue no fue hasta el siglo XIX cuando consiguió asentarse dentro de la comunidad científica, gracias al desarrollo de Kraepelin sobre la clasificación de las enfermedades mentales, en la que relacionaba las enfermedades mentales con problemas orgánicos.

En el siglo XX, con el descubrimiento y la fabricación de los fármacos para tratar enfermedades mentales, este modelo cogió una mayor relevancia y ya en el siglo XIX es cuando más ha terminado de proliferar debido al aumento considerable de las recetas de psicofármacos para paliar enfermedades mentales, incluso por encima de la derivación a profesionales de la salud mental que proporcionan terapia psicológica, a pesar de haber demostrado mejores resultados a largo plazo y sin efectos secundarios.

Modelo conductual

Como ha señalado Thomas Kuhn, la sustitución de un paradigma científico no se produce únicamente por la denuncia de sus insuficiencias e inadecuaciones, sino sobre todo por la aparición de una nueva teoría alternativa y claramente superior. A principios de la década de los sesenta, el modelo conductual se perfilaba en Estados Unidos y en Europa como un nuevo paradigma de la psicología clínica, alternativo a las insuficiencias del modelo médico (antes descrito) y en principio más explicativo y útil. Aparte de la insatisfacción con el modelo biomédico, la emergencia del modelo conductual se produjo merced al auge experimentado por la psicología del aprendizaje.

Métodos de investigación en Psicopatología

En las investigaciones de la Psicopatología se integran tres dimensiones básicas: objetivos, sujetos y control de variables; las cuales se pueden perfilar 3 niveles. diferentes, y en cada una se engloban distintos métodos de investigación: el nivel. del análogo experimental, el nivel clínico y el nivel epidemiológico.

La psicopatología estudia la conducta anormal pero su objeto de estudio más importante se encuentra en el análisis de los fenómenos relativos a la etiología y diagnóstico de los trastornos mentales, y en algunos casos, enfocándose incluso en la prevención de los mismos. La psicopatología se desarrolla a partir de diversos métodos derivados del método científico. El método experimental es el más adecuado para explicar la conducta anormal por ser más eficaz al determinar las relaciones causa-efecto.

Nivel del análogo experimental

El nivel del análogo experimental corresponde a objetivos estrictos de búsqueda de explicaciones etiológicas. Por esta razón, el control experimental es máximo, por lo que sólo se emplean sujetos seleccionados al azar (no pueden utilizarse sujetos clínicos o subclínicos). Es decir, se trata de un nivel estrictamente experimental. La metodología experimental se vale de "análogos experimentales" para investigar la conducta anormal

. El nivel clínico engloba los diseños con fines descriptivos de cuadros clínicos o relaciones entre variables. Los sujetos son básicamente clínicos, pero también pueden utilizarse sujetos subclínicos, e incluso sujetos normales en investigaciones sobre relación de variables de interés psicopatológico.

Nivel epidemiológico

- Centrados en estudios de poblaciones.
- Busca establecer descripciones de relaciones psicosociales.
- Utiliza una metodología de tipo correlacional, aunque algunos hablan de una «metodología experimental».

Los métodos cuasi-experimentales y de caso único serían los de mayor control experimental; los métodos correlacionales propiamente dichos y los estudios de casos, en contraste, se basan en la no manipulación de variables.

Clasificación y diagnóstico en Psicopatología

Los dos principales enfoques para llevar a cabo la clasificación psicopatológica son el categorial y el dimensional. El enfoque categorial es el método dominante en la psiquiatría, y las clasificaciones de la conducta anormal se han realizado básicamente desde la psiquiatría. Se entiende por clasificación cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades (en nuestro caso trastornos o conductas anormales) a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes. El proceso de asignación de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación es conocido en biología como identificación. En medicina y en psicopatología, el proceso de asignación de determinados atributos clínicos, o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación se conoce como diagnóstico. Un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos es algo absolutamente necesario

para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y en general la psicología clínica, entendidas éstas como disciplinas científicas (Sandín, 2013). La clasificación es un procedimiento dirigido a construir grupos o categorías homogéneas, mediante la asignación de entidades (trastornos, personas, etc.) a tales categorías en base a su relación es o a los atributos compartidos; el proceso de clasificación se basan organizar de forma sistemática las entidades en función de sus semejanzas y diferencias. El producto consiste en un conjunto no arbitrario de categorías denominado sistema de clasificación. Mervis y Rosch también señalan que todos los modelos de categorización llevan consigo, virtualmente, abstracción y creatividad en dos sentidos: la determinación de qué elementos de una situación son esenciales y cuáles son irrelevantes, y la creación de una nueva información de orden superior que no se da en ningún ejemplar específico. Los principios básicos para la formación de categorías en un sistema clasificatorio son favorecer la economía cognitiva (en el sentido de suministrar la máxima información con el mínimo esfuerzo cognitivo) y la estructuración de los datos; es decir, percibir los objetos del mundo como poseedores de una estructura altamente correlacional y no como elementos arbitrarios.

Análisis de los fenómenos psicopatológicos

En psicopatología, las cuestiones más importantes objeto de investigación se centran básicamente en el análisis de los fenómenos relativos a la etiología y diagnóstico de los trastornos mentales, extendiéndose, en ocasiones, al contexto de la prevención de los mismos. En consecuencia, esta disciplina persigue múltiples objetivos teóricos enraizados en una doble finalidad, ya que, por una parte, abordan la problemática centrada en la explicación de la conducta anormal o, lo que es lo mismo, la búsqueda de las posibles causas que pueden constituir el substrato o la base de dicha anormalidad, y por otra, la descripción de las manifestaciones clínicas que caracterizan cada una de las alteraciones conductuales —así como la clasificación de los sujetos en diferentes cuadros o categorías nosológicas (construidos en base a grupos de manifestaciones clínicas)— conforman un segundo núcleo privativo, propio de esta disciplina. La conciencia de anomalía

El autoconocimiento que la persona tiene de sí mismo y del trastorno será uno de los aspectos principales que ayudará en el análisis de la alteración. El que la persona tenga conciencia o no será en primer lugar lo que hará que acuda al clínico por sí mismo o sea llevado por algún familiar, aspecto fundamental a la hora de su colaboración en el tratamiento. Función y contenido

Ante una persona con dificultades mentales conviene distinguir "la función psíquica afectada (cognitiva, perceptiva, motora...) del contenido temático de la alteración propiamente dicha. El ejemplo más claro es en los casos en los que hay que diferenciar una alucinación de una idea delirante. Esto es, una persona puede expresar que oye voces que hablan sobre él y le critican, y otra estar convencida de que en la televisión se refieren a él continuamente.

Egosintonía

El que exista una congruencia o una sintonía entre un comportamiento, un pensamiento o una emoción determinados y la propia personalidad del sujeto hará en muchas ocasiones que la valoración sea distinta. En este caso la persona los acepta, no los cree indeseables y no los considera como manifestaciones de un trastorno. Sin embargo, un pensamiento intrusivo egodistónico, tal como ocurre en las obsesiones, hará que la persona sienta que la idea es ajena a su propia forma de pensar, sintiéndola como intrusiva y molesta. La evolución de la alteración

En el análisis y valoración clínica de una alteración mental o del comportamiento es importante conocer el comienzo, la terminación, la duración y la periodicidad de las sensaciones y del malestar del paciente.

Psicopatología de la atención

La psicopatología de la atención es el estudio de cómo las dificultades o trastornos en el proceso de atención pueden afectar el comportamiento y el bienestar emocional de un individuo. ¿Alguna vez te has preguntado por qué tu hijo o hija tiene dificultades para prestar atención en el colegio? ¿Por qué se distrae con facilidad y no logra concentrarse en lo que se le está enseñando?

La psicopatología de la atención es un tema fascinante y complejo, pero también es crucial para entender cómo los niños aprenden y procesan la información. En esta entrada, te voy a enseñar a comprender cómo el tiempo y los estímulos inciden en el proceso de atención de un niño.

La psicopatología de la atención es el estudio de cómo las dificultades o trastornos en el proceso de atención pueden afectar el comportamiento y el bienestar emocional de un individuo.

La atención es un proceso activo y parcial de la percepción, a través del cual el sujeto se sitúa en la mejor posición para percibir un determinado estímulo. Sin embargo, cuando algo falla en este proceso, puede tener graves consecuencias en la vida diaria.

El primer problema con el que nos topamos al estudiar las alteraciones atencionales no es un problema «propio» de la psicopatología, sino heredado de la psicología como disciplina general: se trata de la propia definición de la atención. En efecto, cuando nos enfrentamos con el tema de la psicopatología de la atención nos vemos irremediamente abocados al estudio de las teorías atencionales que han surgido en el ámbito de la psicología normal. En primer lugar, pocos campos de estudio en psicopatología experimental han estado tan influidos como el de la atención por los aciertos y errores que surgían de la investigación en la psicología experimental. La atención y su relación con la conciencia: 3 aspectos fundamentales

Existe una conexión importante entre la atención y la conciencia: la atención es la habilidad de enfocar y dirigir nuestra conciencia hacia ciertos objetos o estímulos.

La atención es un concepto teórico que consta de tres partes fundamentales:

Alerta: Es la respuesta fisiológica que tenemos ante la entrada de estímulos, se nos hace más fácil percibirlos.

Atención: Es el efecto selectivo que experimentamos con los estímulos, modificando lo anterior.

Activación: Es la disposición cognitiva que tenemos para actuar, es necesaria para que las anteriores aparezcan. Las clasificaciones clásicas identifican la atención con la concentración y la vigilia con la vigilancia.

Así, por ejemplo, en el estudio de la esquizofrenia muchos han sido los intentos por otorgar a la atención el rango de síntoma primario que subyace a la enfermedad, mientras que para otros autores no sólo cabría hablar de síntoma, sino más propiamente de causa. Dicho, en otros términos, otorgar un papel etiológico a las alteraciones atencionales implica ubicar a la atención en la base misma de la pirámide Conocimiento.

Psicopatología de la percepción y la imaginación

Las psicopatologías de la percepción y de la imaginación constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica por varias razones. Por un lado, porque los fenómenos que abarcan suelen ser muy llamativos y extraños. Por otro, porque en muchos casos estos fenómenos conllevan anomalías en la imaginación. Hay una serie de trastornos mentales en los que, con mayor o menor frecuencia, pueden surgir de manera comórbida una serie de síntomas que constituyen algunas de las psicopatologías de la imaginación. Por ejemplo, ocurre con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos del estado de ánimo y algunas deficiencias sensoriales.

Las psicopatologías de la imaginación son una serie de “engaños perceptivos” en los que una persona percibe una serie de imágenes en su mente que en realidad no están presentes físicamente, por lo que esas percepciones no son reales, sino que son producto de su imaginación; aunque la persona experimenta la percepción de esas imágenes como si fuesen reales. Las psicopatologías de la imaginación y las de la percepción constituyen temas centrales para la investigación psicopatológica, además de representar, en algunos casos, signos casi inequívocos de trastorno mental para el lego. Las razones son varias: por un lado, porque los fenómenos que abarcan, como por ejemplo las alucinaciones, suelen ser extraordinariamente llamativos y extraños; por otro, porque en muchos casos estos fenómenos conllevan anomalías en una de las habilidades mentales más complejas y discutidas: la imaginación; y por último, porque se imbrican, además de con la imaginación, con uno de los procesos o funciones mentales más importantes para la supervivencia y la adaptación de los seres vivos: la percepción. La ilusión es un ejemplo claro de que la percepción no está determinada «objetivamente», o mejor, no está solamente determinada por las características físicas del estímulo a percibir: en el proceso perceptivo el organismo reacciona a los estímulos sobre la base de (o condicionado por) sus pre disposiciones, expectativas y experiencias previas. En cierto sentido, somos capaces de adelantarnos a la información que nos ofrece el contexto. Todo esto significa que nuestro procesamiento perceptivo no está guiado sólo por los datos, sino también por nuestras ideas, juicios y concepto. ¿Qué son las psicopatologías de la imaginación?

Las psicopatologías de la imaginación, también denominadas como “engaños perceptivos”, son un conjunto de psicopatologías en las que una persona percibe una serie de imágenes que son productos elaborados en su mente, aunque los experimenta como si fuesen reales. Por tanto, se trata de una interpretación perceptiva, que ha resultado ser engañosa, de una imagen experimentada cognitivamente en términos de la censo-percepción.

La explicación de un fenómeno tan particular como es el de las psicopatologías de la imaginación podría ser porque la percepción y la imaginación presentan las mismas normas dentro de su proceso a través del funcionamiento de la mente humana. En estos casos, además, los órganos sensoriales encargados de la percepción y la imaginación, no tienen ninguna alteración que justifique esta anomalía, de forma que esta puede ser una característica clave para diferenciar las psicopatologías de la imaginación de las distorsiones perceptivas. una primera opción, de naturaleza dualista, defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de imágenes mentales y otro para el procesamiento proposicional. Representantes característicos de este planteamiento son, por ejemplo, Alan Paivio y, sobre todo, Stephen Kosslyn. Frente a ellos, se alzan las voces de autores como Zeno Pylyshyn, que abogan por un planteamiento reduccionista o uniforme, según el cual solamente es científicamente admisible la existencia de un único formato para las representaciones mentales, que subyace tanto a «las palabras» como a «las imágenes», y cuya naturaleza es fundamentalmente proposicional y abstracta (elaboramos representaciones mentales de significados y no de palabras concretas). Imágenes alucinoideas

Este tipo de imágenes son producidas en la mente del sujeto en ausencia de algún estímulo concreto y real que las pueda activar, de manera que son autónomas y subjetivas, aunque poseen unas características similares a las de una imagen real del exterior que es percibida por el sujeto, por lo que le resulta difícil diferenciarlas.

Estas imágenes se producen normalmente en casos en los que la persona sufra algún tipo de afección en el sistema nervioso central, tratándose generalmente de imágenes muy simples y carentes de algún tipo de significado emocional (p. ej., luces, destellos, etc.) o también podrían producirse en una modalidad auditiva (p. ej., ruidos simples, sonidos aislados, etc.). En estos casos la persona es consciente de que son producto de su imaginación. Imágenes hipnópticas e hipnagógicas

Tanto las imágenes hipnópticas como las hipnagógicas son una de las psicopatologías de la imaginación extraordinariamente frecuentes entre la población general no clínica, puesto que se calcula que aproximadamente el 70% de la población las ha llegado a experimentar, por lo que no suelen ser parte de algún trastorno mental que requiera ningún tipo de tratamiento.

Estas anomalías fueron denominadas en los primeros textos sobre el tema como “alucinaciones fisiológicas”, debido a que se producen en torno al sueño, es decir, entre el sueño y la vigilia o viceversa, siendo momentos en los que las personas se encuentran en un estado de semi-consciencia.

Una imagen hipnóptica se compone de aquellas imágenes que percibe el sujeto en un breve periodo transcurrido entre un estado de sueño y el de vigilia, siendo un tipo de pseudopercepción, puesto que las imágenes que el sujeto percibe no están delante de él realmente. Es frecuente que las personas que experimentan imágenes hipnópticas piensen que han sido un sueño que han experimentado mientras dormían.

Por otro lado, una imagen hipnagógica se trata de aquellas imágenes percibidas cuando una persona se encuentra adormecida, en un breve periodo temporal de tránsito, que pasa desde la vigilia hacia el sueño.

Psicopatología de la memoria

El ser humano está formado por recuerdos. Lo que somos no es más que aquello que somos capaces de recordar y de integrar, las experiencias que se vivieron en el pasado y nos definieron. Es por ello que la memoria es una función cognitiva tan importante y valiosa.

Algunas circunstancias de la vida, desde el irrefrenable paso del tiempo hasta la aparición de enfermedades o la irrupción de accidentes de diverso tipo, pueden comprometer el modo en que esta se expresa de manera temporal o permanente.

Psicopatologías de la memoria

Son muchas las enfermedades y situaciones que pueden condicionar el funcionamiento de la memoria, ya que se trata de una dimensión ampliamente distribuida en el parénquima cerebral. En el presente artículo ahondaremos en las distintas formas de amnesia y en las anomalías del recuerdo o del reconocimiento, esto es, en las psicopatologías de la memoria.

1. Amnesias

El término “amnesia”, de origen griego (y que podría traducirse como “olvido”), subsume un grupo extenso de alteraciones de la memoria; heterogéneo en lo que concierne a su origen, pronóstico y expresión clínica. Seguidamente se ahondará en cada una de ellas.

Amnesia retrógrada

La amnesia retrógrada es, quizá, el problema de memoria más conocido. Se describe como una dificultad específica para evocar sucesos del pasado, pero manteniéndose inalterada la capacidad de crear nuevos recuerdos. La demencia y el episodio depresivo mayor son a veces difíciles de distinguir en sus primeras etapas, entre otras cosas porque ambos tipos de pacientes se quejan continuamente del deterioro de memoria, la dificultad en el curso del pensamiento y la capacidad de concentración. Por otra parte, no hace falta tener ningún «trastorno mental» para experimentar ciertas anomalías en los procesos de memoria, produciéndose una amplia gama de distorsiones que se engloban bajo el nombre de paramnesias. Amnesia anterógrada

La amnesia anterógrada es un compromiso de la memoria que se caracteriza por la dificultad o imposibilidad de generar nuevos recuerdos a partir de un momento concreto. Así pues, lo que se altera es la consolidación, o el proceso que transfiere información del almacén a corto plazo hasta el almacén a largo plazo (dónde queda fijada durante más tiempo). El recuerdo del pasado se mantiene intacto.

Las lesiones cerebrales en las estructuras hipocampales se han asociado consistentemente a este tipo de problemas, así como el abuso de drogas o de fármacos (alcohol, benzodiazepinas, etc.). Memoria a corto plazo: Almacén de memoria, de duración y capacidad limitadas (como mucho, 7 elementos o ítems durante unos 20 segundos), que en el modelo multialmacén se supuso bien diferenciado de la memoria a largo plazo, el almacén permanente de capacidad prácticamente ilimitada. Precisamente, el conjunto más favorable de datos sobre la distinción corto-largo plazo provenía del hecho de que los amnésicos puros son capaces de mantener la información en la memoria a corto plazo, pero en cambio no pueden transferirla a, o retenerla en, la memoria a largo plazo.

Amnesia lacunar

La amnesia lacunar describe la imposibilidad de acceder a la información sobre sucesos o períodos específicos, con unas coordenadas temporales muy concretas. La persona podría recordar todo aquello que sucedió tanto antes como después de los hechos, pero nunca lo que ocurrió durante los mismos. Se relaciona con la laxitud puntual del nivel de atención o con estados alterados de conciencia (como el coma), pero también es común en accidentes cerebrovasculares y traumatismos. Amnesia postraumática

La amnesia postraumática tiene una etiología evidente: un golpe en la cabeza. Aunque se puede manifestar de formas diversas, y tener una presentación clínica similar a la que se ha descrito en las anterógradas/retrógradas, tiene la particularidad de ser un indicador fiable de la gravedad del traumatismo sufrido. En casos leves puede prolongarse durante apenas unos minutos, mientras que en los severos (más de un día) puede llegar a ser permanente. A estas alturas es evidente que algunos de los conceptos anteriores se solapan entre sí en mayor o menor grado, como sucede con los términos declarativo-de procedimientos y explícito-implícito. Ello es un indicador de la falta de un sistema conceptual adecuado para integrar los resultados experimentales y neuropsicológicos en categorías bien definidas, pero también es comprensible si se contempla el ingente número de investigaciones que se están llevando a cabo en los últimos años, tanto con pacientes amnésicos como con sujetos normales, y que retan continuamente a los modelos teóricos existentes.

Psicopatología del pensamiento

Dentro de las muchas enfermedades mentales que existen, las que afectan al pensamiento representan una parte importante de ellas.

Vamos a tratar de condensar algunos de los datos más importantes para conocer cuáles son los principales trastornos del pensamiento, cómo se pueden distinguir entre ellos y otra información relevante para saber más sobre dichas patologías.

¿Qué son los trastornos del pensamiento?

Para poder hablar de los trastornos del pensamiento primero debemos tener unas nociones muy básicas acerca de la psicopatología y su clasificación diagnóstica. Todas las enfermedades mentales se engloban dentro de unos manuales que son, principalmente, el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación de Psiquiatría Estadounidense) y el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, de la OMS). Dichos manuales clasifican todas las psicopatologías conocidas y se van actualizando cíclicamente para realizar las modificaciones pertinentes según las nuevas investigaciones que se hayan llevado a cabo en ese periodo. Por eso, en el año 2021, el DSM se encuentra en su versión número cinco, mientras que la CIE lo hace en su décima iteración.

Una vez tenemos claro dónde se encuentra la clasificación de las enfermedades mentales, podemos situar los trastornos del pensamiento como uno de los bloques de estos manuales de diagnóstico. Otras de las tipologías más importantes que podemos encontrar son los trastornos somatomorfos, los internalizantes, los externalizantes o los de desapego.

Tras esta introducción, ahora podemos centrarnos en los trastornos del pensamiento para conocer las características de este tipo de patologías, para más adelante pasar a conocer algunos de los ejemplos más claros de estas enfermedades mentales. El estudio psicológico de los trastornos del pensamiento es una labor todavía incipiente y gran parte de los logros obtenidos hasta ahora se deben al empeño de los investigadores en estudiar las actividades psicológicas sirviéndose de tareas cuya realización requiere ejercer las actividades investigadas. El pensamiento —dice Manuel de Vega— es una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo. Ocurre siempre que nos enfrentamos a una situación o tarea en la que nos sentimos inclinados a hallar una meta u objetivo, aunque existe incertidumbre sobre el modo de hacer lo. En estas situaciones razonamos, resolvemos problemas, o de modo más general pensamos.

Clasificación y características

Los trastornos del pensamiento son alteraciones psicológicas cuyo principal síntoma es una alteración en las cogniciones del sujeto. Dichas alteraciones tienen como consecuencia una disfunción en la comunicación, tanto en el propio nivel de pensamiento como en el lenguaje. Dentro de este tipo de dolencias, debemos hacer una distinción, pues el pensamiento puede verse alterado tanto en su contenido como en su forma. Trastornos del pensamiento formal

Cuando hablamos de los trastornos del pensamiento, en general, solemos referirnos a los que tienen alterada la forma de estos. Una de las patologías más frecuentes en las que podemos observar claros indicios de problemas en la forma del es la esquizofrenia. También se pueden referir a los TPF como pensamiento desorganizado o habla desorganizada, pues es uno de los síntomas clásicos de estas alteraciones.

Trastornos del pensamiento de contenido

Ya adelantábamos que los trastornos del pensamiento también pueden referirse al contenido de los mismos. Esta también sería una característica de la esquizofrenia, pues tiene que ver con los delirios. También se observa en patologías como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Pero no necesariamente el TPC ha de traducirse en delirios. También se puede observar como un nivel de preocupación u obsesión patológicos.

Otro síntoma de estos trastornos del pensamiento es el del pensamiento mágico, que consiste en establecer relaciones arbitrarias e ilógicas sobre los propios pensamientos de uno mismo y las repercusiones en el mundo. Sin llegar a ese extremo, también se pueden sobrevalorar las ideas, exagerando nuestro propios procesos mentales y haciendo por lo tanto que pierdan realismo. Puede que estudiar la realización de tareas comunicativas no nos aleje radicalmente del estudio de las actividades de razonamiento y solución de problemas; pero nos obliga a contemplar cuestiones que, al estudiar estas últimas actividades, quedan en la sombra. La acción comunicativa puede ser una tarea, o un conjunto de tipos de tareas, que requiera algunas habilidades de las estudiadas por los investigadores de los fallos en el razonamiento, pero no todas.

Psicopatología del lenguaje

La psicopatología del lenguaje y la audición se ocupa del estudio de los trastornos, alteraciones o desórdenes del lenguaje manifestados a través de la voz, el habla, la comunicación, las funciones orofaciales y también de la audición. En psicopatología del lenguaje, para clasificar satisfactoriamente todos los trastornos del lenguaje tenemos que saber combinar correctamente varios ejes: habla-lenguaje (se refiere a si el problema está en la capacidad de articular o en problemas cognitivos del lenguaje), producción-comprensión (se refiere si al problema reside en comprender lo que otros dicen o por el contrario el sujeto tiene problemas en emitir mensajes), orgánico-funcional (se refiere a si el trastorno es por un fallo neural o no), innato-adquirido, central-periférico.

Además, para que la clasificación sea correcta hay que tener en cuenta los componentes lingüísticos que son: el fonológico, el semántico, el sintáctico y el comunicativo (este último se refiere a la capacidad para comunicar algo -por ejemplo una persona que quiere explicar algo y solo consigue dar rodeos puede emitir frases sintácticamente correctas pero lo que falla es el nivel comunicativo). En los últimos años, todo lo relacionado con el lenguaje y la psicopatología del lenguaje ha experimentado un gran desarrollo. Es ésta un área prioritaria de investigación llena de desafíos y posibilidades para los diversos profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, terapeutas del lenguaje, lingüistas, etc.) que habitualmente colaboran en el diagnóstico, tratamiento e investigación de los trastornos del lenguaje. A estas divisiones (primario-secundario, orgánico-funcional, central-periférico, evolutivo-adquirido, producción-comprensión) hay que añadir, además, las de los niveles o componentes lingüísticos, referidos tanto a los síndromes neuropsicológicos hallados en sujetos adultos como a los síndromes pertenecientes al nuevo y pujante campo de la neuropsicología infantil. Además, no conviene olvidar que el estudio multidisciplinar de las alteraciones del lenguaje forma parte de una evaluación integral de la persona. Las afasias se definen como un trastorno del lenguaje que está causado por un daño cerebral. Además las lesiones que suelen causar afasia suelen ser de carácter focal, por lo que suelen afectar únicamente a una región del cerebro. Las afasias se dividen en afasias corticales (si la lesión es de la corteza) y subcorticales (si la lesión es de los núcleos subcorticales). Las afasias pueden tratarse con ayuda profesional como la de este logopeda Alicante.

Entre las corticales se hallan la afasia de Broca, la afasia de Wernicke, la afasia de conducción, la afasia anomia... y entre las subcorticales se hallan la afasia putaminal (anterior, posterior y global) y la afasia talámica. La subdivisión en cortical y subcortical nos permite clasificar el 80% de las afasias, y el 20% restante no están clasificadas por que están causadas por la lesión simultánea de varias áreas que causan afasia, acumulándose los efectos.