

Autor: Carmen Moyano Rojas

MODELOS ETIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Existe hoy en día un pensamiento generalizado a cerca de la etiología de las conductas anómalas como el despliegue de potencialidades existentes -en cierta medida- en todos los individuos, observándose que las causas de las patologías se manifiestan en virtud de una convergencia pluricausal de condiciones **biológicas, psicológicas y sociales** determinadas. Partiendo de la base de que cuando estos elementos fueran adecuados en calidad y cantidad, entonces se posibilitaría la constitución de una persona sana, y en su ausencia o presencia anómala tendría lugar el origen de la psicopatología.

La acción y/o reacción específica en cada uno de los factores etiológicos tiene indefectiblemente repercusión en los otros. No se puede asegurar que sólo sea uno de ellos el que ponga en marcha el mecanismo de comportamientos patológicos, o que se produce primer un fallo orgánica y luego el trastorno psicopatológico, tampoco el trauma psíquico y su posterior huella biológica. Todo se interrelaciona con cualquiera de estos factores (uno o varios a la vez) para terminar produciéndose en una situación adversa, un malestar psíquico y un circuito biológico que lo permite y sostiene.

Variables de **aspecto cuantitativo** (en referencia a la magnitud), o de lo **cualitativo** tiene importancia, así como su **temporalidad**, son condiciones determinantes por ejemplo los estímulos de corto plazo que no se repiten con la suficiente periodicidad tienden a producir cambios solamente modificaciones a nivel cuantitativo y no cualitativo; sólo de adquirir determinado valor cuantitativo (distintas atendiendo a las características individuales remarcando incluso la idiosincrasia a la hora **de interpretar** del sujeto), y colaborando ahora la persistencia en el tiempo sobre la magnitud, tendrá su traducción en el aspecto cualitativo. Incidiendo en los estímulos de largo plazo, teniendo capacidad de modificar incluso códigos genéticos y en los estímulos afectivos.

Las teorías y las explicaciones ayudan y se complementan entre sí para seguir investigando la complejidad del ser humano, unas a través del aprendizaje otras a través de la biología, de las relaciones sociales... y todas ellas no son más que las partes de un todo para encontrar los mecanismos adaptativos y saludables para el ser humano.

Como más abajo se describen, los modelos **biologistas** buscan la etiología en la fisiología; **el psicoanálisis y los modelos dinámicos** en la conformación del yo y de la personalidad; **los modelos cognitivo-conductuales**, en el aprendizaje; y los **modelos sistémicos** en la relación entre el individuo y otros sistemas próximos.

Existen casos en los que la predisposición biológica señalada por una importante carga hereditaria le restan fuerzas a las otras variables, como anomalías genéticas, pero parece demostrado que el resto del espectro se da en mayor en proporción en los trastornos descritos por la Psiquiatría.

CASO: varón de 45 años

Hijo único de padres maduros, (nació cuando la madre tenía 43 años padre y 40 años). El embarazo de riesgo, con pérdidas y reposo absoluto los nueve meses. La etapa de su infancia fue realmente oscura e infeliz con un padre diagnosticado de esquizofrenia y que debido a sus delirios mantenía a este niño y a su mujer en un absoluto silencio porque creía que los ruidos de su cabeza los provocaban ellos dos. Así pues el niño pasaba más horas en la calle que en casa y cuando dormía tapaba su respiración con la ropa de cama, para no provocar la ira de su padre. En la relación marital se le conocía infidelidades, de las que su hijo de corta edad, también era partícipe. La madre tuvo que ponerse a trabajar porque él había abandonado su trabajo como representante de una conocida productora cinematográfica, porque le perseguían.

Las relaciones sociales del paciente se circunscribían a algunos amigos del colegio y del barrio a los que no llevaba a casa para no crear problemas. Pero cuyas actividades siempre estaban al borde de la ilegalidad o de la puesta en peligro de la integridad física, con varios accidentes automovilísticos en su haber.

En la actualidad el círculo de amigos es cambiante –con el fin de que no se descubra sus “rarezas”, mantiene dos amigos de la infancia, uno de los cuales ya está perdiendo el contacto con él por su supuesta adhesión a mi amistad.

Cuando fue adolescente y después de previo aviso por parte del padre a su hijo, éste se ahorcó en casa; siendo él el primero en encontrarlo. A partir de aquí, surgieron sus actos compulsivos que fueron a más y que hoy persisten al punto que sus rituales le ocupan más de 6 horas al día. Empezó tocando las puertas tres veces antes de salir de casa o antes de entrar.

Tiene delirios como que su padre se les aparece en sueños sentado encima de la cama y una gran necesidad de hacer las cosas muy deprisa. Además oye ruidos que le producen dolor.

Sus relaciones de pareja ninguna ha superado los 2 años de permanencia hasta su primer matrimonio que duró 14 años.

Su estabilidad laboral fue intensa, había creado una empresa en sistema de cooperativa y después creó varias empresas de finanzas e inmobiliarias en las que continúa, su meta era llegar a ser el dueño de un edificio en Madrid y no privarse de ningún capricho.

Su mujer le pidió visitar a un especialista cuando él tenía 34 años y sus rituales y su impulsividad por la limpieza, el orden y el control de todos los miembros de su familia y los miembros de su empresa eran ya una desesperación, además de haber estado consumiendo cocaína durante mucho tiempo – desde los 29 años -, aún un año antes de marcharse de casa tomaba ocasionalmente esta sustancia. No pisaba las rayas blancas de los pasos de cebra, antes de cruzar un semáforo sumaba todas las matrículas de los coches que estaban parados y si no sumaban un número impar no cruzaba – al punto que un día la policía llamó a su domicilio para que fueran a recogerlo porque alguien le había visto parado en un semáforo de la calle Génova más de hora y media sin cruzar; escogía una palabra que se hubiera dicho o que él hubiera pensado y la repetía un número impar que empezaba en 3 y no tenía fin, si él no lograba repetirlas nos la hacía repetir a nosotros con triquiñuelas como preguntar de distintas maneras, tenía verdadera obsesión por divertirse, no quería saber nada de enfermedades, el botiquín estaba lleno de medicamentos de última generación por si acaso, fumigaba toda la ropa con bactericidas, compraba compulsivamente, tenía excesiva preocupación por la apariencia física -incluso la de los miembros de la familia, se encargaba de comprar la ropa de toda ésta- necesitaba la adulación permanentemente; este era uno de sus calmantes, otro las infidelidades y , sentirse reconocido.

Solo sentía alivio cuando lograba su propósito ideado y entonces comenzaba otro ritual. No aceptó nunca su enfermedad, solo eran manías extravagantes y si se le contrariaba mostraba bastante hostilidad y desconfianza.

No consiguió el título de Empresariales a falta de la asignatura de inglés a la que nunca se presentó. Su trabajo está relacionado con el mundo de las finanzas e inversiones y le supone un nivel de estrés altísimo.

De su relación matrimonial nació un hijo que tiene 7 años y que después de la alegría inicial le provocó mucha ansiedad y miedo. Sometido a tratamiento por imposición de su mujer, rompe la relación porque inicia otra nueva.

Hoy tiene 43 años y, abandonó la psicoterapia y nunca se medicó.

ANALISIS

Primero señalar que se trata de un trastorno por ansiedad y por lo tanto la lectura relacionada con este tipo de trastornos siempre será útil para la correcta comprensión del TOC. Los criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-IV (APA, 1994): · 300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Obsesiones o compulsiones: Las múltiples ya descritas

Las obsesiones se definen por:

- (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados, y causan marcada ansiedad o malestar. En los últimos años ya se llegaba a cansar y le producía ansiedad no poder pararlos
- (2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana. Estaba interesado por la muerte, por las apariciones de las caras en paredes.
- (3) La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos o impulsos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción. Con las acciones compulsivas
- (4) La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son un producto de su propia mente (no impuestos como ocurre en la inserción del pensamiento). El sabía que sólo o pocas personas tenían estos pensamientos y que eran creados por si mismo

Las compulsiones se definen por:

- (1) Conductas repetitivas (por ejemplo, lavado de manos, orden, comprobación) o acciones mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión, o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Las ya mencionadas
- (2) Las conductas o acciones mentales están dirigidas a neutralizar o reducir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, estas conductas o acciones mentales no están conectadas de forma realista con lo que están destinadas a neutralizar o prevenir, o son claramente excesivas.

B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. Aunque las trataba de ocultar, cuando se las detectaba no podía parar hablar de ellas y contrastar con los comportamientos de los demás, siempre en un tono de burla como si fuera una actitud simpática.

C. Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar; pérdida de tiempo (en general, el individuo emplea más de una hora diaria en ellas); o interfiere significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, con sus actividades sociales o sus relaciones con los demás.

El TOC implica una pérdida de control, por parte del paciente, de sus pensamientos e incluso de sus conductas. Este hecho, además, se vive de forma paradójica, en tanto que el paciente reconoce como producto de sí mismo tales pensamientos y/o conductas. Ello lleva a ciertas complicaciones, como por ejemplo que el paciente deje de reconocer lo excesivo de sus obsesiones o compulsiones, en suma, que tenga poca conciencia de la enfermedad (aspecto éste sobre el que el DSM-IV llama explícitamente la atención).

La etiología del TOC es multifactorial con una interacción, mayor o menor, de factores genéticos, psicológicos y sociales Diferentes marcos teóricos coinciden en proponer que podría tratarse de una combinación de aspectos genéticos, psicológicos y culturales.

Factores predisponentes

Se refieren a las características individuales, las situaciones familiares y sociales que hace que la persona sea más vulnerable a padecer un trastorno. Van a aumentar las probabilidades de que un determinado trastorno aparezca

Herencia

Algunos de los síntomas ya se observan en su padre, como hostilidad, la inestabilidad emocional, aunque el no tenía ideas autodestructivas, su agresividad la desviaba hacia los demás. Del padre se señala en el texto inestabilidad conyugal, agresividad.

Variables personales

Comportamientos de riesgos, extraños y raros

El abuso de sustancias: comenzó cuando ya tenía 29 años

Habilidades sociales: Siempre fue tímido y retraído y con pocos amigos en cuanto a su inestabilidad con sus parejas: Ha sido la tónica general desde los 16 años de edad, y que sigue caracterizando su vida adulta”.

Delirios

Las fantasías de que su padre se les aparece en sueños sentado encima de la cama y la necesidad de hacer las cosas deprisa

Personalidad

Esta manera inestable, agresiva de comportarse puede haberse aprendido y aumentado por el consumo de drogas, pero de igual manera **es completamente posible que tenga un componente biológico hereditario**, ya que su madre cuenta que la abuela paterna era tratada por la familia de manera especial para que no sufriera “sobresaltos” y se malhumorara.

Factores precipitantes

Los factores que parecen influir en la patogenia de los hijos de padres con trastorno psiquiátrico **serían el factor genético, la edad del hijo, la calidad de la parentización, el ambiente familiar, la ocurrencia de eventos vitales agudos y adversidad crónica**, el número de padres enfermos y cronicidad de la enfermedad parental. Con respecto a la edad del hijo, los datos existentes apoyan la idea de que existen diferentes conflictos y problemas dependientes del periodo evolutivo que atraviesa el hijo; parece ser que la edad comprendida entre 0 y 5 años y el comienzo de la adolescencia son las más vulnerables. Como así ocurre en este caso.

Inconsistencia paternal- calidad de parentización y ambiente familiar:

Todos estos factores resaltados negrita han sido factores precipitantes, aunque la adversidad crónica no se puede imputar en la madurez pues su ambiente socio afectivo y económico ha sido muy favorable a partir de los 25 años.

Variable familiar

De niño no ha recibido por parte de los padres una educación de confianza y estabilidad, sino basada en la hipervigilancia y en el miedo, así como en la adversidad económica.

Escisión familiar: no hubo escisión familiar, hasta la muerte del padre, pero tuvo un ambiente inconsistente y desconfiado, la afectividad se daba principalmente por

parte de la madre, pero al tener que trabajar no podía subsanar la sensación de abandono.

El ambiente familiar era pues sórdido y poco potenciador de autoestima y protección. Además de estar reducido a los padres y la abuela materna que en algunas ocasiones vivió con ellos de manera esporádica.

La ocurrencia de eventos vitales agudos y adversidad crónica: A más del miedo que vivió en su niñez con los comportamientos de su padre, la muerte violenta del mismo, legándole un gran sentimiento de culpa –que ocurrió en la adolescencia del presente caso- y la adversidad económica crónica han sido los factores más determinantes en la aparición del TOC.

La segunda crisis aguda (desde la muerte de su padre) fue precipitada por el nacimiento de su hijo y por la imposición por parte de su mujer para que acudiera a un especialista.

Factores mantenedores

El duelo sin elaborar, y la situación económica familiar de adversidad económica, hasta que comienza a trabajar. La imposibilidad de mantener relaciones afectivas permanentes con otras mujeres de las que desconfía siempre. Las relaciones con sus amigos más íntimos siempre probando situaciones límites, con historial de varios accidentes automovilísticos, es decir, **su aversión al riesgo (lo compulsivo) y la búsqueda de riesgos (lo impulsivo)**, así como comportamientos agresivos e impredecibles. Reduciendo cada vez más sus relaciones sociales.

Delirios

Las fantasías de que su padre se les aparece en sueños sentado encima de la cama y la necesidad de hacer las cosas deprisa

El no querer ayuda especializada – evitación -, **la huida permanente** son los factores mantenedores más relevantes en su conducta.

Factores inhibidores

El principal factor inhibidor son **sus actos compulsivos**, ya arriba mencionados: la tensión y la ansiedad que se derivan de los pensamientos obsesivos, encuentra alivio a través de la realización del acto compulsivo

Estabilidad en las metas

La estabilidad en las metas de mantener su trabajo y de conseguir ser el dueño y constructor de un edificio en Madrid, están más que cumplidas, hasta llegar este momento la consecución de ésta le permitió pasar unos años sin grandes crisis del trastorno que padece. Buscó refugio en su matrimonio y apoyo en la estabilidad de ésta sin tener crisis agudas hasta tener un hijo.

El enamoramiento

Los períodos iniciales en sus relaciones afectivas son períodos en los que se siente acompañado, querido y correspondido, todo lo cual ejerce una influencia inhibitoria de los síntomas del trastorno.

Etiopatogénia

Actualmente se acepta la existencia de una hipótesis multifactorial en la etiología del TOC, pero con un sustrato predominante de carácter biológico. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una patología etiológicamente heterogénea y multidimensional, aún así desde el modelo biologicista se estudia desde las siguientes perspectivas:

Hoy día los tratamientos del TOC que han demostrado de forma controlada su eficacia son: el tratamiento de exposición con prevención de respuesta y el tratamiento psicofarmacológico. Además, diversas variedades sobre ellos, incluyen, principalmente, el tratamiento cognitivo, modalidades de aplicación (exposición imaginaria, tratamiento de grupo, familiar, etc.), y los tratamientos combinados. Así pues paso a describir los dos modelos: biologicista y cognitivo-conductual:

Modelo biologicista

- **Hipótesis serotoninérgica**, basada en la regulación anormal de la serotonina, ya que un antidepresivo inhibitor de la recaptación de la serotonina disminuye la intensidad de los síntomas en este tipo de trastorno. En la actualidad se ha identificado un gran número de receptores serotoninérgicos y se sabe que el receptor más implicado es el 5-HT_{1A}, pero no es el único.
- **Hipótesis dopaminérgica**. Aunque se sabe que la serotonina desempeña un papel muy importante en el trastorno, el sistema dopaminérgico también

resulta afectado, como lo demuestra la existencia de síntomas obsesivos en el síndrome de Gilles de la Tourette y en el Parkinson postencefalítico. En ambos trastornos se hallan afectados los ganglios basales por disfunción dopaminérgica. Hoy día se cree que el sistema dopaminérgico está implicado en ciertos subtipos de TOC atípico: los comórbidos con tics y los comórbidos con sintomatología psicótica .

- **Hipótesis autoinmune.** En las enfermedades autoinmunes que afectan a los ganglios basales, como la corea de Sydenham, aparecen síntomas obsesivos-compulsivos junto los fenómenos motores e incluso antes.
- **Hipótesis genética.** Los estudios en familiares revelan, por lo general, una tasa de prevalencia que oscila entre un 0 y un 36%, lo que hace pensar en la existencia de factores de carácter genético implicados en el TOC. En estudios recientes entre gemelos homocigóticos , gemelos heterocigóticos y los estudios de Pauls , se consolida la evidencia de trastornos familiares implicados en esta entidad. Sin embargo, parece claro que la herencia no puede explicar del todo la expresión del TOC, siendo necesarios factores adicionales que modifiquen esta vulnerabilidad genética previa.

Además, el avance de las técnicas de neuroimagen ha permitido observar las alteraciones hemodinámicas de las partes del cerebro implicadas en el TOC. La hiperfunción de la corteza orbitofrontal se ha descrito con la tomografía por emisión de positrones en el TOC, diferenciándola claramente de los trastornos depresivos y de la esquizofrenia, donde se evidencia una hipofunción de la misma zona. La utilización conjunta de técnicas conductuales y pruebas de neuroimagen permitirá un mejor conocimiento de las funciones y la localización de las áreas implicadas de este trastorno. Estudios recientes demuestran que la provocación de síntomas obsesivos-compulsivos se correlaciona con un aumento del flujo en la corteza orbitofrontal y con alteraciones del núcleo caudado. Es interesante constatar que el resultado de estas técnicas para valorar los efectos del tratamiento es independiente tanto si se trata de un tratamiento conductual como farmacológico.

En conclusión: la teoría serotoninérgica sigue siendo básica para la patogenia del TOC, pero no suficiente, quedando abierta la investigación sobre la implicación de los ganglios basales y del sistema dopaminérgico, sin descartar los factores autoinmunes ni de otra índole (neuropéptidos, arginina, vasopresina, oxitocina y somatostatina) que podrían ayudar en el futuro a arrojar luz sobre los diversos subtipos de TOC y su incardinación dentro de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo.

Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos han sido profusamente utilizados en el tratamiento del TOC. Durante un largo período, de los años 60 a los 90, el fármaco usado ha sido la clomipramina (Anafranil), un antidepresivo tricíclico al que tradicionalmente se relacionó su eficacia con la reducción de la sintomatología depresiva (Marks y cols., 1980). Al finalizar la década de los 80 aparecen un conjunto de nuevos fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), que, sustentados en el papel que la serotonina parece jugar en el TOC (Barr, Goodman y Price, 1992), han supuesto un paso importante en el tratamiento farmacológico de este trastorno. La eficacia de los ISRS no parece ligada a la existencia de sintomatología depresiva, y además tienen menos efectos secundarios que la clomipramina (Rasmussen, Eisen y Pato, 1993, Freeman y cols., 1994).

Modelo cognitivo-conductual

A diferencia de los anteriores modelos, que hacen recaer las causas en factores de desarrollo interno de las personas, los modelos cognitivo-conductuales explican la psicopatología sobre la base del aprendizaje de respuestas inadecuadas a factores ambientales.

Estos modelos reconocen que los factores genéticos y biológicos suponen unas limitaciones estructurales sobre las que opera el aprendizaje. Asimismo reconocen que existen trastornos que no son fruto del aprendizaje, como el autismo, los trastornos psicóticos o el trastorno bipolar.

Su mayor aportación estriba en que abren la posibilidad de actuación al individuo (y al terapeuta) para tratar de superar sus limitaciones.

Los tratamientos del pasado de corte psicodinámico lograron mejorías transitorias por lo que el TOC adquirió una reputada fama de problema intratable (Coryell, 1981). Posteriormente, desde la Terapia de Conducta, los acercamientos iniciales fueron también problemáticos. En efecto, si bien se produjo una mejora en el tratamiento del problema, ésta fue limitada. La aplicación de la detención del pensamiento y otros procedimientos basados en el control de contingencias, sólo fueron útiles en un reducido porcentaje de pacientes (menor del 50%) (Stern, 1978). La situación mejoró con la aplicación de las técnicas utilizadas en otros trastornos de ansiedad, más concretamente con las fobias. La aplicación de la desensibilización sistemática y otras técnicas como la intención paradójica centrada en la verbalización repetida de los pensamientos obsesivos, facilitó el abordaje del TOC aunque de forma poco significativa (Beech y Vaughan, 1978). El TOC se resistía a la potencia demostrada por el tratamiento de la Terapia de Conducta para los trastornos de ansiedad.

Sin embargo, un método específico de **terapia cognitivo-conductual** llamada "**prevención de exposición y reacción**" [exposure and response prevention] es efectivo para muchas personas con TOC. Este método implica que el paciente se enfrenta, deliberada o voluntariamente, al objeto o idea temida, ya sea directamente o con la imaginación. Al mismo tiempo, el paciente es alentado a abstenerse de sus rituales con apoyo y estructura provistos por el terapeuta, y posiblemente por otros que el paciente reclute para asistirle. Por ejemplo, una persona que se lava las manos compulsivamente puede ser alentada a tocar un objeto que él/ella cree está contaminado y luego la persona es instada a evitar lavarse por varias horas hasta que la ansiedad provocada se haya reducido en gran parte. El tratamiento entonces procede paso por paso, guiado por la habilidad del paciente a tolerar ansiedad y controlar los rituales. A medida que progresa el tratamiento, la mayoría de los pacientes gradualmente sienten menos ansiedad causada por los pensamientos obsesivos y pueden resistir los impulsos compulsivos.

La terapia EPR de conducta hace énfasis en cambiar las creencias y esquemas de pensamiento del enfermo de TOC; Partiendo de una de las teorías de Albert Ellis desde la que los problemas psicopatológicos son explicados por el sistema de creencias poco adecuadas (creencias irracionales) para enfrentarse a su vida cotidiana y ofreciendo por tanto respuestas inadecuadas.

La aportación cognitiva matiza, tanto los factores relacionados con la adquisición como con el mantenimiento. En la génesis del trastorno, la consideración inicial del problema como normal y el paso a lo patológico en función de la valoración e interpretación de éste, supone un avance sobre el modelo de condicionamiento y una mejor explicación de cómo se origina el trastorno. Esto supone, desde el punto de vista terapéutico, incidir sobre cómo evalúa e interpreta el paciente los pensamientos intrusivos. Por otro lado, y en lo que respecta al mantenimiento del problema, se insiste en la responsabilidad, en la toma de conciencia del paciente para reducir el peligro existente.

Desde el enfoque cognitivo-conductual se pone de relieve la modificación de conducta cognitiva a través de la cognición (los productos, los procesos, la interpretación....) y las estructuras cognitivas (creencias, valores).

El meta-análisis de van Balkom y cols. (1994) concluye que la EPR, sola o en combinación con los ISRS, es más eficaz que los fármacos ISRS solos.

	BASE TEORICA	CONCEPTOS CLAVE	METODOLOGIA	TERAPIA	ETIOLOGIA
MODELO BIOLOGICO	Los factores biofísicos tales como la anatomía y la bioquímica son los determinantes de la psicopatología. Los síntomas reflejan la existencia de un defecto biológico, ya sea Anatómico: el tamaño o la forma de ciertas regiones es irregular o Bioquímico: Los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal pueden tener alterada su función, por exceso o por defecto	proceso orgánico anómalo → Tipos de enfermedad: Infecciosa: microorganismo Sistémica : mal funcionamiento Traumática: golpe o secuela	El trastorno mental, al ser considerado como una enfermedad, se clasifica y diagnostica de criterios categoriales. Dotando de Recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando, la eficacia del tratamiento.	El empleo de farmacología para modificar la bioquímica y los umbrales fisiológicos Tratamiento quirúrgico para destruir el tejido patológico Estimulación eléctrica para modificar patrones de organización nerviosa. La unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo	Causas del Trastorno mental. Es la alteración del cerebro. - Factores genéticos - Trastornos metabólicos. - Trastornos hormonales - Infecciones - Alergias - Tumores - Trastornos cardiovasculares - Traumas físicos - Estrés, etc.

	BASE TEORICA	CONCEPTOS CLAVE	METODOLOGIA	TERAPIA	ETIOLOGIA
MODELO PSICODINÁMICO	Basado en la teoría de la represión. Se centra en los datos de los procesos inconscientes. La función del síntoma es mantener el equilibrio intrapsíquico.	Conformación del yo y de la personalidad y sus derivas patológicas. Consciente e Inconsciente	La revelación de las relaciones inconscientes, a través principalmente de la narración, libre asociación, lapsus y el estudio de los sueños de las que la persona tratada no suele tener conocimiento.	La tarea de la terapia es llevar a la conciencia estos restos del pasado y en este momento pueden volver a ser valorados y elaborarse de forma constructiva. La unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo	El origen primario del trastorno procede de las ansiedades infantiles reprimidas y la secuencia progresiva de mecanismos defensivos que surgieron para proteger al individuo contra la repetición de estos sentimientos.

	BASE TEORICA	CONCEPTOS CLAVE	METODOLOGIA	TERAPIA	ETIOLOGIA
MODELO CONDUCTUAL	<p>Alternativa al modelo biológico cuyas variables son las conductas objetivas (observables). El condicionamiento explica los mecanismos de la conducta compleja.</p> <p>A) Se basa en objetividad y experimentación, centrado en los</p> <ul style="list-style-type: none"> 🚩 Fenómenos objetivos 🚩 Relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta. <p>B) Los principios del aprendizaje como base teórica: para extinguir las conductas indeseables.</p> <p>C) Rechazo del concepto enfermedad que no es aplicable a los trastornos del comportamiento.</p> <p>D) Aproximación dimensional: Rechaza también la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos del modelo médico. La conducta anormal, se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente.</p>	<p>Conducta Anormal, conducta psicopatológica, hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje que han llegado a condicionarse a ciertos tipos de estímulos. Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal</p>	<p>Teoría científica: Ofrece una explicación de la conducta anormal, de forma objetiva y operacional, y las hipótesis pueden ser contrastadas empíricamente.</p>	<p>La modificación de la conducta. La unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo</p>	<p>Relevancia de los factores ambientales: la causa de los trastornos comportamentales obedece a factores ambientales a través de toda la experiencia del individuo.</p> <p>La anormalidad, implica el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos</p>

	BASE TEORICA	CONCEPTOS CLAVE	METODOLOGIA	TERAPIA	ETIOLOGIA de los TRASTORNOS
--	--------------	-----------------	-------------	---------	-----------------------------

MODELO COGNITIVO	<p>EL estudio de la conciencia y la actividad mental (COGNICION), que son los procesos mentales superiores del individuo.</p> <p>Los Marcos teóricos en los que se apoya:</p> <p>a) La "cognición social" o psicología social cognitiva que pretende comprender cómo y por qué de las anomalías del individuo que es un ser social. Estudiando como se registran, elaboran y recuperan los estímulos sociales, como la información acerca de uno mismo y de los demás, y cuáles son los contenidos de esos estímulos.</p> <p>b) La psicología de la personalidad, entendiendo los rasgos de sobre la construcción social y estudiando y los procesos cognitivos involucrados en su adquisición y desarrollo.</p> <p>c) Las teorías cognitivas sobre la emoción en la que "todo estímulo o situación debe ser primero identificado, reconocido y clasificado antes que pueda ser evaluado y de que se suscite o active una respuesta emocional.</p>	<p>En las conductas están implicados lo siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de procesamiento • Procesamiento selectivo o Etapas de procesamiento • Procesamiento en paralelo • Procesamiento paralelo contingente, modelos <i>bottom-up</i> y <i>top-down</i>, y los esquemas en la organización del conocimiento • Jerarquías de control • Procesos automáticos vs estratégicos o controlados <p>La <u>cognición</u> es una <u>condición</u> necesariamente previa a la elicitación de la emoción.</p>	<p>la modificación de conducta dando importancia a los procesos cognitivos: pensamiento, emoción y conducta interrelacionados → esquemas cognitivos del aprendizaje humano</p>	<p>la Psicoterapia considerada como la aplicación de un conjunto de técnicas para resolver un problema específico. La unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo</p>	<p>La retroalimentación entre acontecimientos y consecuencias interpretadas ante creencias del sujeto.</p>
	BASE TEORICA	CLASIFICACION	METODOLOGIA	TERAPIA	ETIOLOGIA de los TRASTORNOS

MODELO SISTEMICO	Los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos.	Se considera la patología como un conflicto no del individuo, sino como una patología de la relación ". El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación	La persona se encuentra inserta en un "sistema" siendo los miembros de ese sistema interdependientes . Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo ; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema.	La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas. La Terapia se dirige a cambiar el sistema y no simplemente las creencias o comportamientos problemáticos individuales. La unidad es el sistema (díada, tríada o más personas)	La inadaptación de la persona al sistema por en especial la persona intenta cambiar sus funciones o sus pautas de interacción en el grupo, sin tener suficiente poder o capacidad para vencer las resistencias del sistema
------------------	--	---	--	--	--

BIBLIOGRAFIA

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=464>

Steketee, G.S. Frost, R.O. (1998). Obsessive-compulsive disorder. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 6 (pp. 367-398). Amsterdam: Pergamon

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual22.htm>