

Psicología

* La emisión de un comportamiento en circunstancias distintas a aquellas en que se lo adquirió se denomina:

↳ generalización.

* En relación a los hábitos es cierto que:

↳ Es importante para modificarlos conocer que factores de adquisición y mantenimiento se asocian al mismo.

* La terapia psicológica que intenta modificar las emociones y conductas a partir del cambio de los procesos cognitivos que la determinan, se denomina:

↳ terapia cognitiva → terapia de conducta.

* ¿Cuál de los siguientes no es un cambio del sistema psicofisiológico asociado a las situaciones de estrés?

↳ aumento de la actividad del sistema inmune.

* Entre las características de los trastornos de personalidad de cluster A, no se incluye:

↳ a) los déficits sociales con escasos o nulo interés en las relaciones interpersonales. ✓

b) la tendencia a la inexpresividad emocional. ✓

c) las distorsiones perceptivas. ✓

Clasificación
DSM IV
CIE 10

d) la inmeduración emocional. = (Pertenece al tipo B).

↳ Cluster = trastornos de personalidad (análisis): Desconfianza, cierre social

A = Tipo esquizoide (falta de interés social, restricción de expresión social),

paranoide (sinónimo de paranoia, persona que siente que siempre es perseguido).

Esquizotípica (desórdenes raros o excéntricos, déficit social o interpersonal

con gran disminución de capacidad para las relaciones personales). El Cluster

tipo A son distorsiones de tipo psicótico en la percepción. Excéntricos

↳ ↓

y extraños. Incapacidad para establecer relaciones interpersonales, introversos, distanciamiento, escasas habilidades sociales. Fríos e inexpressivos. Se pueden asociar a grupos marginales o sectas. Son más vulnerables a sufrir esquizofrenia, trastornos afectivos y a consumir sustancias.

→ Grupo B: Histriónico (dramáticos, inestable emocionalmente), Narcisista (pensamientos de grandeza, arrogancia), Límite (aislamiento social, autodestructivo, TEP o borderline compulsivo) y Antisocial (ruptura de las normas sociales, no se adaptan a la sociedad, impulsivos). Cluster Tipo B conductas impulsivas y llamativas, inmadurez emocional, emotividad acompañada de conductas descontroladas, problemas con normas y las relaciones interpersonales.

→ Grupo C: Evitativo, Obsesivo, pasivo-agresivo
Evitativo (ansioso, sentimientos inadecuados, hipersensible), Obsesivo-compulsivo (perfeccionismo extremo, inseguridad), Pasivo-agresivo (bipolar, negativista, dependientes, manipulación, resentidos). Cluster Tipo C ~~o~~ ansiosos o temerosos, introvertidos y dependientes, sensibles al castigo, temor a fracasar, inseguridad, ansiedad.

- La personalidad está formada por tendencias que tiene la persona a lo largo de la vida. Son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar que se ponen de manifiesto en los contextos. Los trastornos de personalidad los constituyen estos rasgos cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro o un malestar.

* ¿Cuál no se considera una modalidad de incumplimiento terapéutico? La no cumplimentación de:

a) La regularidad del Ho ✓

c) La duración del Ho ✓

b) La tolerancia del Ho

d) La magnitud del Ho. ✓

Momento ✓

Indicaciones ✓

• • Complimiento terapéutico ✓

* El modelo científico que explica la conducta humana como consecuencia únicamente de factores derivados del entorno como el aprendizaje, entorno cultural, entorno socioeconómico, se denomina:

↳ Modelo externalista: factores externos o del medio ambiente como determinantes de una conducta. Explicación en términos de aprendizaje, sociedad, economía, conducta humana a consecuencia del entorno.

• Modelos científicos en la psicología (o paradigma).
nos tenemos que hacer y cuáles son los datos importantes. Marcos de referencia, modos de evaluar u observar la realidad objeto de estudio. Determina que preguntas son las adecuadas y cuáles son las relevantes. Existen el Modelo Internalista, externalista y de interacción.

↳ Modelo Internalista: procesos internos como determinantes de la conducta. Personalidad, tendencias, motivaciones, actitudes y aptitudes, (Hay factores biológicos). Puede ser por genética (drogas como la cocaína, impulsividad, sensorial). Depende de la persona misma.

↳ Modelo de Interacción: los agentes que intervienen en la interacción ejercen una acción recíproca de uno sobre los otros, se influyen y se modifican mutuamente (interacción los modelos internalista y externalista). Los dos agentes cambian en el transcurso de la interacción, la conducta no responde a un modelo lineal. El entorno influye en la genética.

↳ En la depresión influye el factor externo y la prediposición genética:

↳

②

• Modelo Internalista: provocado por una situación personal adversa y negativa (muerte de un familiar, problemas de pareja o económicos)

• Modelo externalista: Provocado por una alteración de la neurotransmisión a nivel cerebral (déficit de sustancias como la serotonina y la noradrenalina).

• Modelo de interacción: factores genéticos y sociales, (estrés ambiental). En la genética hay polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de serotonina. Diferentes alelos "S" corto y "L" largo. Los jóvenes con variables "S" (SS) son más depresivos y suicidas por estrés que los "L" (LL).

* El efecto placebo: el px debe ignorar el placebo para que este efecto surja. El contexto psicosocial influye en la respuesta de un Ho médico. Es la respuesta obtenida después de administrar un Ho falso. Estudiar el contexto psicosocial que rodea al px. (el efecto doble ciego en el estudio ni el px ni el médico saben quien lo está tomando).

→ Interacción: factores psicológicos (expectativas) y la acción del fármaco no son independientes. El efecto placebo hace que nuestro organismo segregue opioides.

→ El efecto nocebo: cuando el efecto placebo reproduce también efectos secundarios.

* La necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de una sustancia para obtener los efectos deseados se denomina:

- a) Dependencias psicológicas → consumo prolongado. c) tolerancia.
b) abstinencia. d) abuso.

* Entre los elementos de comunicación no verbal, no está considerado:

- a) el ritmo del discurso ✓ c) el tono de voz ✓
b) la vocalización ✓ d) el contenido del discurso.

-El verbal es expresado directamente.

* ¿Cuál de los siguientes no es una característica de las afasias de Broca o afasia de expresión? Áreas de Broca. lenguaje

- a) agramaticidad ✓ (desorden en el mensaje) c) dificultades de articulación ✓
b) anomia ✓ (dificultad para nombrar objetos) d) escasa conciencia del déficit.

→ El área de Broca: permite emitir sonidos. 3^{er} circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, alterada en afasia expresiva (agramaticidad, anomia, dificultad de articulación). El px es plenamente consciente, mucha angustia de lo que le pasa ya que el px quiere hablar correctamente y no puede.

- Otras áreas importantes del lenguaje: Lenguaje

→ Área de Wernicke: permite entender el lenguaje, afasia receptiva. No entienden lo que les dicen ni se entienden a sí mismos, hablan sin sentido. Lóbulo temporal izq. (regiones media y posterior de la circunvolución temporal sup). Afasia receptiva, pobre comprensión de habla, producción de habla sin sentido, escasa conciencia del déficit, sordera pura por las palabras.

• Alteraciones patológicas del lenguaje:

1- Alteraciones del sistema nervioso:

- Afasia: (incapacidad de emitir o comprender el lenguaje).
- Anortria (no pueden pronunciar pero lo entienden todo).
- Alexia (incapacidad de leer, pueden escribir)
- Agrafia (incapacidad de escribir)
- Disfasia adquirida
- disartria (pronuncian mal)
- Hipocousia
- Automudez

4- Alteraciones del lenguaje secundarias

- Derivadas de otros trastornos o procesos (autismo, retraso mental, epilepsia).

2- Alteraciones funcionales:

- Retraso simple del habla
- Disfasia evolutiva (trastorno de expresión y comprensión del lenguaje en niños de inteligencia normal. Es reversible con ttb).
- Dislexia evolutiva (no aprenden bien a leer)
- Distemias (tartamudear)
- Distonía

3- Alteraciones psiquiátricas:

- Mutismo (ausencia del lenguaje verbal, al pe no le da palabras que significan una cosa, actitud negativa, misterio, extraños, síndrome psicótico) ^{selectivo en niños.} ^{la gana de hablar, actitud negativa}
- Trastornos del ritmo: bradifemias o bradifasia (lentificación), aumento de la latencia de respuesta, taquifemias o taquifasia (aceleración), parafemias, distemias (tartamudeo) o espasmo lémico (a la presión del habla)
- trastornos de la significación: neologismo (inventan una palabra para definir un objeto) Parologismo (intercambian palabras ~~de~~ misma sílaba). Glosomanía (preocupación hipocóndrica por el estado de la lengua). Glosolalia (inventan sonidos), ensalada de palabras, asociaciones laxas (combinación muy alta de palabras inventadas). ^{o equívocas} ^{de desarticulación.} ^{dicen lo primero que les viene a la cabeza}, paraprosopias ^{metáforas}
- Trastornos en la repetición: palilalia (repite sílabas), logoclonia (repite un sonido), ecolalia (repite lo que le han dicho), Verbigeración (repite palabras), Coprolalia (insultar o decir cosas tabú).
- Ausencias de lenguaje.
- Estereotipias verbales.

Disfasia tipos:

- Fonológica: problemas pronunciando ± letra (Ej: R)

- Sintáctica: problemas con tiempos verbales.

- Semántica: usan una palabra que significa otra.

cont. lenguaje

→ Otras áreas de las psicopatologías del lenguaje:

→ Afasia de conducción: no pueden repetir palabras sin sentido. Solo pueden emitir y entender cosas con sentido. Lesión del lóbulo parietal inferior que se extiende a la sustancia blanca subcortical y lesiona el fascículo arqueado.

→ Afasia transcortical sensorial: lesión del área posterior del lenguaje, emisión del habla sin sentido, capacidad de repetición.

• Disfasias evolutivas: trastornos de la expresión y comprensión del lenguaje en niños de inteligencia normal. 3-8% tienen dificultad en el desarrollo del lenguaje. Disfasia expresiva/receptiva. Desarrollo fonológico (más frecuente), sintáctico (menos frecuente) Semántico (menos frecuente). Reversible con Ho.

→ Disfasia infantil adquirida: > 3 años, pérdida de lenguaje ya adquirido, lesiones cerebrales (tumores), reversibles en algunos casos por plasticidad neuronal.

→ Disfasia infantil: problemas en la pronunciación de fonemas, una letra, una sílaba o una palabra. Ej: Dora = doda, Ha durado = Ha durao. Hasta los 4 años funcionales. (sustitución, omisión, inserción, distorsión).

→ Dislexia: lecturas defectuosas asociadas a la escritura. La dislexia sin lectura es adquirida, directa, superficial, fonológica, niños inteligentes que entienden el concepto global (solo la perciben si leen en voz alta).

→ Disgrafías: trastornos de la escritura (fonológicos, ortográficos), disgrafía directa o agrafía semántica.

* ¿Cuál de estas situaciones no se consideran que el consumo de incluso una o dos unidades de bebidas estándar (UBE) es perjudicial?

a) En mujeres

c) En situaciones de conducción o ^{uso} maquinaria

b) Durante el embarazo

d) Cuando existe patología médica grave hepática

medida la bebida alcohólica x graduación de la bebida x UBE

↓ U = 10 gramos de alcohol.

(3 U en hombres y 2 U mujeres)

30 gramos / kg x 0,7

20 gramos / kg x 0,6

menores medicamentos no compatibles

* Entre las acciones de las benzodiazepinas ^{Fig 12} no se incluye el efecto:

- a) Mioestimulante
- b) Sedante ✓

- c) Ansiolítico ✓
- d) Anticonvulsivante ✓

- Amnésicos ✓
- Hipnóticos ✓
- Miorrelajante ✓

- Actúan sobre el sistema nervioso central.

- Se usan para el Ho de la ansiedad. ^{Inanismo y trastornos de ánimo.} Barbitúrico.
- Su mecanismo de acción agonista directo del GABA (ácido gamma aminobutírico) → neurotransmisor reduce y dificulta la transmisión de impulsos nerviosos).

- También se usan para espasmos, convulsiones y agitación motora, y en el síndrome de abstinencia alcohólica.

- Crean adicción.

- Efectos secundarios: somnolencia, vertigo, depresión, temblor, irritación.

- Entre ellas: diazepam } vida prolongada 40-200h
Flurazepam }
Clonazepam }

Bromazepam } vida intermedia 20-40h.
Nitrazepam }

Alprazolam } vida corta 5-20h.
Lorazepam }
Oxacepam }

Brotizolam } vida reducida 1-1,5 h.
Nifedazolin }

Flunitrazepam 1mg, Flurazepam 30mg, Lorazepam 1-2mg, Nitrazepam 10mg.

* Entre los trastornos del ritmo biológico propios de cierta forma de depresión no se incluye:

a) el despertar precoz ✓

b) las mejoras vespertinas del humor ✓
(variación circadiana)

○ Inhibición psicomatriz

d) el empeoramiento estacional en primavera y otoño ✓
(variación estacional)

→ Trastornos del estado ánimo (afectividad):

↳ Trastorno depresivo: tristeza, ansiedad, afectación del ánimo diario.

La depresión afecta diferentes áreas:

• Afectividad: tristeza, humor deprimido, ansiedad, irritabilidad, anhedonia, apatía, anestesia afectiva.

• Pensamiento: entrecimiento, monotemático, pesimismo, pérdida de autoestima, ideas de suicidio, ideas de culpa, dificultades de atención y de recuerdo.

• Comportamiento: abandono personal, hipotonía general, inhibición/agitación, aislamiento, tendencias al llanto, intentos de suicidio.

• Trastornos somáticos: anorexia o aumento de apetito, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, cefaleas, astenia, disfunción sexual, trastornos digestivos.

• Ritmos biológicos: despertar precoz, mejoras vespertinas (variación circadiana), empeoramiento en otoño y primavera (variación estacional).

- El episodio depresivo mayor se caracteriza por presentar cinco síntomas durante dos semanas.

↳ Trastorno distímico: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, falta de esperanza.

- Se producen dos de estos síntomas durante dos años.

↳ Trastorno bipolar: caracterizado por la aparición recurrente de episodios de alteración del estado de ánimo.

A menudo con periodos mas o menos largos de normalidad clinica.

- Al menos uno de los episodios tiene que presentar una polaridad positiva.

- Tipos:
- Bipolar I → Mania + depresión
 - Bipolar II → Hipomania + depresión.
 - Ciclotimia → Hipomania + disforia + cronicidad
 - Ciclado rápido → 4 episodios al año.

* La capacidad de un test psicométrico para medir adecuadamente aquel constructo que pretende estudiar, se denomina:

a) Validez

c) Fiabilidad

b) Tipificación

d) reactividad

- Constructo: se busca seguir parámetros y criterios que generen concepto fiables para describir un fenómeno que difícilmente observamos. Es una entidad hipotética, se sabe que existe pero tiene una definición concreta.

→ Técnicas Psicométricas: son herramientas para evaluar el estado mental de una persona. Dispone de instrumentos que aportan información para la orientación diagnóstica. La selección de las pruebas se hará luego de la entrevista con el px. El informe recogerá los resultados y una conclusión clara y concisa.

- Características de los tests psicométricos:

• Tipificación: construcción de escalas que permitan interpretar las puntuaciones del sujeto según el grupo normativo. Los resultados se tienen que poder comparar con el mismo grupo (edad, sexo, etc.).

• Fiabilidad: consistencia de los resultados. Estabilidad.
Ej: Si hacemos los test a otros px o entrevistadores, los resultados deben ser coherentes o iguales.

• Validez: Debe medir adecuadamente lo que se quiere saber, lo que se pretende (no obtener la información que queremos).

- Se debe tener en cuenta lo:

• Reactividad: es la tendencia del comportamiento a modificarse por el simple hecho de ser observado. Como es imposible evitar la reactividad, se debe crear un contexto estable (mismo entrevistador, mismo lugar, más no la misma entrevista).

- Sesgo: orientación o dirección que tome un asunto.

Procedimientos para obtener la información:

1. Información obtenida por el paciente:

q.1: Autoinformes → entrevistas clínicas (orales)

→ Cuestionarios y escalas (escritos).

q.2: Autoregistros.

2. Información obtenida por el profesional:

q.2: Observación directa.

a.1 Autoinforme: El px describe lo que siente, síntomas y características (intensidad, duración, localización), hace una reconstrucción (sesgo), interpreta los síntomas (los revive), la gravedad y la evolución.

→ Entrevistas clínicas: flujo de información más grande, estilo Feedback con formulación de preguntas (se empieza con preguntas abiertas y luego preguntas cerradas para precisar con datos temporales y cuantitativos con ejemplos y puntos de referencia).

→ Cuestionarios: Inventarios de preguntas que el px debe contestar y nos sirven para comparar con otros px o con la evolución de un mismo px en diferentes fases. Es más cómodo y sistemático que la entrevista. Se usan contenidos como aspectos de la enfermedad, características de la personalidad, estados afectivos, habilidades sociales y estado de vida.

→ Escalas: El px hace una entrevista subjetiva del fenómeno que le interesa estudiar. Evalúa magnitud (intensidad, frecuencia) de un síntoma (dolor, cansancio, estado de ánimo). Hay tres tipos:

- Verbal: series de términos en orden creciente o decreciente de intensidad (nada, un poco, bastante, mucho).

- Númerica: se marca un número de la serie (0 = nunca / 5 = siempre, 1 = poco / 5 = mucho).

- Análoga visual: se presenta al sujeto un segmento de 10 cm, debe marcar con una cruz, 10 es el recuerdo de máximo dolor (a veces dicen que no han reparado pero ponen la señal diferente y la posición varía hacia menos).

- En las escalas normalmente se usan anclajes (aseen números a hechos):

0 → No hay dolor

1 → Nota dolor de cabeza pero puede ignorarlo fácilmente.

2 → Lo nota, no lo puede ignorar, pero no interfiere con actividades de cada día.

3 → Lo nota, no lo puede ignorar, impide la concentración.

Test Psicométrico Cont..

4 → lo nota, no lo puede ignorar, interfiere en las actividades aunque puede realizar las básicas (comer, ir al WC).

5 → lo nota, no lo puede ignorar y debe permanecer en la cama

9.2: Autoregistros: El px observa y registra sus síntomas en diversos momentos del día (comidas, horas) durante días consecutivos, (dormir y despertarse). Como se hace en el momento, no hay error como en el autinforme. Se suprime la reactividad por ser en su ambiente natural y no en la clínica, es más útil, con datos más concretos y específicos, mejor calidad y más detallado (síntomas, evolución, función del tiempo como la duración viendo TV, frecuencia de los actos, resultado de su peso o tensión, etc.).

* ¿En cuál de estas patologías no está indicado el empleo de antidepresivos?

(antidepresivos tricyclicos + Terapias cognitivas)

- ? a) Trastorno obsesivo-compulsivo ✓
- ? b) Trastorno de angustia ✓ (ansiedad)
- ? c) Trastorno de ansiedad generalizada ✓
- ? d) Episodios maníacos ✓ (Bipolaridad)

* Es un síntoma positivo de la esquizofrenia:

- a) la abulia
- b) las alucinaciones
- c) la alergia
- d) la anhedonia

→ Trastornos Psicóticos (antipsicóticos)

- La → Esquizofrenia: Es una alteración que persiste mínimo 6 meses, por lo menos a lo largo de 1 mes incluye síntomas de la fase activa como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alergia, abulia).

• Los síntomas iniciales (periodo prodromico que puede durar 2 años): Ansiedad, depresión, pérdida de interés por el trabajo y actividades sociales, suspicacia, cambio en hábitos personales (forma de vestir, higiene, etc).

• Síntomas clásicos:
→ Síntomas positivos:

- Dimensión psicótica:

→ Ideas delirantes: son creencias erróneas

de las que el paciente este totalmente convencido. Son irreductibles, ya que por muchas evidencias que les sean presentadas, no se les desconvence.

→ Alocuciones: son percepciones sin objeto. Normalmente auditivas ya sean en 3^{er} o 2^{do} personas.

- Trastornos motores: no hay flexibilidad. Agitación, ecopraxia (repetición involuntaria o imitación de los movimientos observados de otras personas), estereotipias (mov, posturas o voces repetitivos o ritualizados sin un fin determinado), manierismo (trastorno de la psicomotricidad, exceso y exageración de los movimientos teatrales).

- Dimensión desorganización: lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado.

→ Síntomas negativos: alóxia (disminución de la cantidad y riqueza de la información expresada. Poca fluidez y contenido y fenómenos de bloqueos en el discurso). Aplanamiento afectivo (problemas con la interacción social, falta de expresión e experimentación de un sentimiento, Expresión de un sentimiento que no corresponde con la circunstancia, risas, etc). Abulia (falta de voluntad, motivación) Apatía (falta de interés) y anhedonia (incapacidad de sentir y experimentar placer).

→ Trastorno psicótico breve: es un inicio brusco en el que se tiene al menos un síntoma positivo. Duración de \pm día a \pm mes.

→ Trastorno esquizoafectivo: entre esquizofrenia y trastorno bipolar. Tiene síntomas de los trastornos afectivos y psicóticos. A veces es difícil de diagnosticar. En algún momento de la enfermedad se presenta un episodio afectivo maníaco o depresivo (mayores) a la vez que algún síntoma esquizofrénico.

Dos tipos:

1. Bipolar: episodios maníacos, mixtos con episodios depresivos.
2. Depresivo: sólo episodios depresivos.

→ Trastorno delirante: tiene escasa respuesta a los tto antipsicóticos. No buscan ayuda médica al menos que este de acuerdo con la familia delirante. Los más frecuentes son los delirios celotípicos y los de persecución. No hay conductas desorganizadas. (Creencia personal falsa sobre la realidad externa. El px se provoca sufrimiento, inestabilidad emocional, sospechas, búsqueda permanente de indicios de infidelidad).

→ tto: antipsicóticos

* ¿Cuál de las siguientes es una característica de la memoria declarativa o explícita?

- a) es de recuperación intencional ✓
- b) es automática o reflexiva
- c) no depende de procesos cognitivos
- d) es de adquisición lenta por ensayos repetidos.

→ Memoria: es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Se localiza en el SNC, en la retención influye el hipocampo, son aspectos ^{o Fases} como el registro de información (lo que se aprende), la codificación (registro de experiencias, Ej: las llaves siempre en el mismo lugar, si cambia el lugar al día sig. no las consigues). Consolidación (proceso gradual del aprendizaje Ej: repetir la lectura 3 veces para aprenderlo) y el almacenamiento y recuperación. Hay diversos tipos de memorias y los podemos clasificar en diferentes grupos:

1. Según el tiempo:

→ Memoria a corto plazo, inmediata o primaria: poca capacidad (7 items), poco tiempo (20 seg), no organiza la información y análisis sensorial de la información. ^{registro de información} ^{Se encuentra:} en la zona lateral, cerca de la frente (cortex).

→ Working memory: capacidad limitada (más items que la de corto plazo), permite resolver problemas del día a día y permite comprender, razonar y solucionar problemas.

→ Memoria a largo plazo o secundaria: es ilimitada, permanece mucho tiempo en nuestra mente, se localiza en diversos puntos del cerebro (hipocampo). ^{codificación y consolidación.}

2. Según el contenido:

→ Declarativa o explícita: accesible a la conciencia, recuperación intencional, procesos de evaluación, comparación e inferencia, adquisición rápida. Conocimiento verbal sobre las cosas, lugares y personas.

^{cortex frontotemporal} - Episódica: autobiográfica, se altera en las demencias.
^{Límbico (hipocampo)} - Semántica: conocimientos generales.

→ Memoria no declarativa o implícita: independiente de la recuperación intencional, es automática o reflexiva, no depende de procesos

cognitivos y tiene una adquisición lenta por ensayos repetidos. Conocimientos sobre como hacemos las cosas (Ej: montar en bici).

- Memoria procedimental
 - Priming
 - Condicionamiento clásico
 - Aprendizaje no asociativo.
- } Cerebelo

→ Neuroanatomía de la memoria: red o conjunto de estructuras interconectadas distribuidas y localizadas.

- la memoria a corto plazo: córtex prefrontal dorsolateral.
- memoria a largo plazo: declarativa o explícita (memoria y lenguaje en el lóbulo temporal medial, hipocampo y córtex). No declarativa o implícita (ganglios basales, cerebelo y neocórtex).

- El sistema límbico le da carga emocional a nuestras experiencias, lo que incluye en la recuperación de las memorias.

→ Factores que favorecen la retención de la información: conciencia, forma de aprendizaje (los verbales duran menos que los motores), motivación, atención, organización, tonalidad, edad (hasta 18 años hay mejor capacidad).

→ Olvido: Información que tienes almacenada y no puedes recuperar; existen teorías como:

- Desvanecimiento de la huella: información almacenada que si no se usa se va perdiendo (decay).
- Represión u olvido voluntario/motivado: amnesia involuntaria a modo de autodefensa (no queremos recordar algo).
- Teoría de la interferencia: proacción / retroacción, aquella información que ya sabes, te condiciona en lo que aprenderás en el futuro y lo que recordarás del pasado. Retroacción → te pasa algo + o - y te acuerdas de lo + o - del pasado. La Proacción → los niños plurilingües usan más conexiones neuronales, por tanto aprenderán más en el futuro.

→ Exploración de la memoria:

5 minutos. ^{1ero} Working memory: 3 palabras que debes recordar al cabo de memoria a corto plazo.

^{2do} Atención: se le dice al px números progresivamente, cada vez más largos y él los tiene que repetir (primero mismo orden y luego a la inversa).

Memoria a largo plazo. ^{3ro} Memoria autobiográfica y de conocimientos: conceptos, donde nacio, que cenó anoche. Por ultimo pedimos las tres palabras iniciales.

→ Amnesia: pérdida total o parcial de la memoria. Se clasifica en:

- Causal: posttraumática, alcohólica.
- Modalidad: visual, táctil.
- Anatómicas: hipocámpicas, diencefálicas.

- Cronológica: normalmente neurológica.

• Tipos de Amnesia:

- Amnesia anterógrada: incapacidad de aprender cosas nuevas luego de la lesión. Afecta sobre todo a la memoria episódica y menos semántica.

- Amnesia retrógrada: incapacidad de recuperar información almacenada antes de la lesión. Gradiente temporal. Afecta a la memoria explícita o declarativa.

- Amnesia lacunar: espacio temporal en el que no recuerdas. Localizada. Pérdida de la memoria parcial que abarca un periodo de tiempo concreto. Ej: pérdida o disminución de la conciencia.

- Amnesia afectiva / psicógena: no hay 'lesión' cerebral. Se da por factores emocionales. Amnesia selectiva, temporal o circunstancial (Ej: agresión sexual).

• Formas clínicas de la Amnesia:

- Síndrome amnésico: trastorno de las funciones de la memoria sin que haya un trastorno de las funciones cognitivas. Déficit de memoria sin afectación de otras funciones intelectuales. Se mantiene la memoria a corto plazo y procedimental.

- Síndrome de Korsakoff: déficit de tiamina por alcoholismo crónico, confabulaciones, afecta el diencefalo, es irreversible se asocia a la encefalopatía de Wernicke. Es un trastorno de memoria autobiográfica, se inventan una historia y creen que es real.

- Amnesia global transitoria: episodio agudo de pérdida de memoria anterógrada. Dura 2-12 horas de olvido selectivo. Resolución gradual. Px > 50 años. Se da por isquemia vascular cerebral posterior epilepsia del lóbulo temporal, migración. Ej: Van a un sitio y no recuerdan como ni a que.

- Hiperamnesia: aumento anormal de la capacidad de memorizar. Permanentes (en autismo), breves (afecto, ideas, recuerdos flashback).

- Paramnesia: recordar mal ^{del recuerdo} Delirium (sueño, saber si estar o no despierto), confabulación (se inventan el pasado), pseudología fantástica.

→ Paramnesia del reconocimiento: déjà vu (paj. descargar en zonas de nuestras neuronas donde hay un recuerdo muy parecido con

estímulos y entorno pasado, no lo habías hecho y te da la sensación de que saltó. Jamais vu (algo que has hecho muchas veces y te da sensación de que es la 1ª vez) Falsos reconocimientos (crees que alguien no es quien parece ser), despersonalización (no te reconoces a ti mismo o a alguien conocido).

→ Trastornos Neuropsiquiátricos → Afectan la Memoria

• Trastornos orgánicos:

- Cerebros confusionales: afectación de la memoria a corto y a largo plazo y posterior amnesia lacunar.

- Demencias: múltiples déficits cognoscitivos que conducen a un deterioro de la función intelectual. Pueden ser:

→ Corticales: Alzheimer (empiezan perdiendo memoria inmediata pero acaban por perderse todas las memorias. Afasia = no lenguaje, Apraxia = no poder hacer cosas, Agnosia = no reconocer). Enfermedad de Pick (rara demencia similar al Alzheimer donde las neuronas se acumulan en el lóbulo frontal temporal provocando el deterioro progresivo e irreversible, afectan la memoria anterógrada como retrograda, hay alteración de los genes de la proteína tau).

→ Subcorticales: Parkinson (enfermedad neurodegenerativa, afecta a las partes del cerebro que producen dopamina ^{un neurotransmisor} que permite los movimientos voluntarios y precisos, los síntomas son temblores en reposo, rigidez muscular, afectación del habla, demencia...).

PSP (parálisis supranuclear progresiva, lesiona el tronco encefálico superior que incluye la sustancia negra que es un centro de control de movimiento en el mesencéfalo y por ello hay pérdida de equilibrio, desviación en el movimiento de los ojos, miradas vacías, pérdida de expresión facial, demencia -reír o llorar). Corea de Huntington (enfermedad hereditaria autosómica dominante, produce contracciones musculares, neuronales, bello cardíaco y la muerte). Enfermedad de Wilson (trastorno hereditario por acumulación de cobre en el hígado, cerebro y órganos, es tratable, cambio en la pigmentación de la piel, fatiga, habla, movimiento y rigidez muscular).

• Trastornos afectivos:

- Depresión: sesgo de congruencia. Dificultad para codificar la nueva información. Pseudodemencia depresiva.

• Ansiedad: peor recuerdo del material amenazador o fóbico, puede provocar pérdida de memoria.

• Trastorno por estrés post-traumático: reexperimentación del trauma, flashback.

• Esquizofrenia: No hay working memory.

• Tratamiento psiquiátrico de la memoria:

- Terapia electroconvulsiva TEC: Agudas (período confusional 30-60 min), Subagudas (olvido de nueva información y amnesia lacunar durante el Ho), Crónicas (no claros).

- Terapia farmacológica: Antipsicóticos (debatido, incluso mepracas), Antidepresivos (efecto anticolinérgico), Benzodiazepinas (amnesia ^{provocada} retrograda).
sequedad de boca
visión borrosa.

* Entre las físicas de la anorexia nerviosa restrictiva se incluyen todas excepto:

a) osteoporosis ✓

b) amenorrea ✓

c) pérdida de piezas dentales

d) hipertrofia de las glándulas salivales.

Fig 20

→ Anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, el peso corporal llega a niveles bajos, figura corporal distorsionada.

• Síntomas físicos: aspecto delgado, pérdida de peso, cansancio, insomnio, mareos, desvanecimiento, niveles sanguíneos anormales, amenorrea, pérdida de cabello, estreñimiento, alteración del ritmo cardíaco, hipotensión arterial, deshidratación, osteoporosis.

• Síntomas conductuales: restricción de la ingesta de alimentos, ejercitarse en exceso, conductas purgativas y uso de laxantes, vómitos o diuréticos.

• Síntomas emocionales: miedo intenso de aumentar de peso, negación de la sensación de hambre, mentir acerca de los alimentos ingeridos, irritabilidad, aislamiento social, alexitimia (incapacidad para experimentar y manifestar emociones)...

→ Anorexia nerviosa purgativa: uso de laxantes, diuréticos y los vómitos. Comer mucho rápido, impulsivamente.

→ Anorexia nerviosa restrictiva: resistencia constante al acto de comer, lo ven repugnante, se asocia al proceso de engordarse.

* ¿Cuál de los siguientes no es un principio fundamental de la terapia sistémica o familiar?

a) la totalidad ✓

b) circularidad ✓

? c) la primacía de las experiencias subjetivas

d) la equifinalidad ✓

- Las terapias sistémicas se basan especialmente en el grupo familiar, se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones.

Observa los fenómenos de manera circular y multicursal, es interactivo, ayuda a encontrar el equilibrio. Sistema familiar como un todo, no se enfoca en el individuo sino en el sistema. Patrón interactivo sugiere que las acciones de un miembro influyen en los demás.

- Equifinalidad: el estado de un sistema está determinado por las relaciones

de la relación (proceso) y no por sus condiciones iniciales, de manera que distintos condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema (objetivo).

- Multifinalidad: desde un mismo punto inicial se puede llegar a diferentes estados finales.

* ¿Cuál de las siguientes no es una alteración del significado del lenguaje?

a) los neologismos ✓

c) las glosolalias ✓

ⓑ la distemia

d) Ensalada de palabras o esquizofasia ✓

* ¿Cuál de las siguientes no es una característica del humor maníaco?

a) euforia ✓

c) expansividad ✓

b) irracionalidad ✓

ⓐ escasa irradiación

→ Afectividad: Conjunto de experiencias evolutivas que definen y delimitan la vida emocional del individuo. Pilares básicos son sentimientos, deseos, emociones y pasiones.

• Los sentimientos: reacción positiva o negativa de alguna vivencia o experiencia subjetiva de una emoción. Consecuencia de una evaluación cognitiva automática de la realidad circundante. Depende de un sistema de valores. Debe ser flexible para evitar que sea negativo. Cada uno lo experimenta de diferente manera.

• Emociones: viscerales, no procesadas por el cortex. Primitivas (sudor, nerviosismo, llanto, sentimiento de pérdida). Las emociones ^{son} transformadas en sentimientos (angustia, ansiedad) pueden ser intensas, de duración breve y aparición abrupta. Se mantienen alette. Se acompañan de un cortex psicomático agudo.

• Deseos y pasiones: relacionados con necesidad, carencia o atracción. Cuando el deseo se vuelve central todo gira en torno a aquellas que se convierte en pasión. Y la pasión es el sentimiento que monopoliza la vida sentimental de una persona y lo impulsa a actuar de forma concreta.

→ Humor o estado de ánimo: estado hedónico predominante en un momento determinado. Estado emocional persistente que aporta a la experiencia global del individuo. Un estado de ánimo pleno o extremista se considera patológico. Gradiente, depende también de la situación. Adaptativo al entorno.

Puede ser:
- Función lateralizada: Hemisferio izquierdo (90% diestros, 70% zurdos).

Hay un análisis de secuencias de estímulos. Hemisferio derecho (aspectos espaciales y geométricos. Prosodia + ritmo):

- Compleja: múltiples procesos, el lenguaje es una función que nace sin desarrollar. Antes de los 6 meses tienen un protolenguaje

Continuación

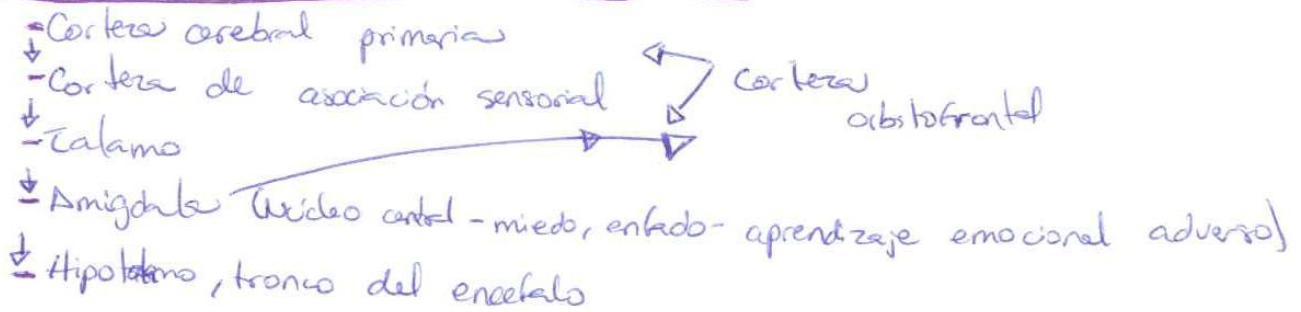
Afectividad

→ Neurofisiopatología de la respuesta emocional:

- Fenómeno multidimensional: estados cognitivos subjetivos, respuestas biológicas que preparan al organismo para la respuesta, fenómenos sociales.

→ Respuesta emocional: componente conductual, componente automático (simpático y parav simpático) y componente humoral.

→ Bases neuroanatómicas de la emoción:



→ Exploración de la afectividad: afectos expresados, repercusiones del afecto en el funcionamiento del individuo, apariencia física, conducta durante la entrevista, expresividad facial y corporal, psicomotricidad, ritmo, tono y contenido del lenguaje.

→ Humor maníaco e hiperfímico: evaluación del estado de ánimo (euforia / irritable / expansivo), aceleración del curso del pensamiento (taquipsiquia), hiperactividad psicomotora, sin coherencia de enfermedad, verborrea ^{repite palabras} y presión del habla, fácil distracción, repercusiones conductuales (gastos, desinhibición, reducción de la necesidad del sueño).

→ Morias o humor morio: euforias superficiales producidas por lesiones del lóbulo frontal. Estado de humor alegre vacío, sin estimulación interna o externa que lo explique (frivolidad). Euforias insulsas, vacías y superficiales, escasa irradiación afectiva, contacto viscoso, pegajoso, discurso perseverante, tendencia a la inadecuación y la desinhibición sexual.

→ Humor depresivo: tristeza, desesperanza, infelicidad. Disminución de la energía vital, desentendimiento del entorno. Depresión endógena / depresión reactiva:

- Apatía, astenia o fatiga vital, ritmo "cardíaco" en los cuadros endógenos, anhedonia (incapacidad de sentir y experimentar placer), tendencia a llorar, reducción de la reactividad emocional (anestesia afectiva), inhibición psicomotora (fases hipomínicas). Alteraciones neurovegetativas: -apetito (hipo/hiperfatiga), insomnio/hipersomnia. • Capacidad de atención reducida, déficits amnésicos, pseudodemencia depresiva, bradipsíquica, lenguaje más lento/delinios de escombros, culpa, ideación de muerte y de autolisis.

→ Humor ansioso: preocupación excesiva, estado de tensión muscular, anticipación de dificultades, quejas somáticas.

→ Paratimia: inadecuación afectiva, esquizofrenias y trastornos orgánicos cerebrales (epilepsia, demencias...) donde hay incontinencia afectiva, labilidad emocional (reír o llorar cuando no toca) y ambivalencia afectiva.

→ Alexitimia: incapacidad para encontrar las palabras o representaciones cognitivas que definen los propios sentimientos. "Sordomudos" del afecto.

* La incapacidad para encontrar las palabras o representaciones cognitivas que definen los propios sentimientos:

a) alexitimia
b) paratimia

c) moria
d) hipertimia

* La aparición "súbita" de episodios repetitivos de aprensión, miedo paroxístico o terror, acompañados de sensación de muerte inminente, se denomina:

- a) Trastorno de la angustia c) Trastorno por estrés post-traumático
b) Trastorno por ansiedad generalizada d) Trastorno de somatización

→ **Trastornos de ansiedad**: La ansiedad es una reacción emocional normal ante una situación de estrés o amenaza. Nos permite realizar respuestas de tipo adaptativas. Puede ser desproporcionada ante un estímulo, persistente y desadaptativa siendo ya patológicas.

• Síntomas de la ansiedad patológica

- **Psíquicos**: tensión psíquica, irritabilidad, inquietud y agobio, preocupación constante, insomnio, temores, dificultades a la hora de concentrarse (dificultades cognitivas).

- **Somáticos**: palpitations y taquicardia, disnea y opresión torácica, atenuación, inestabilidad cefálica, algias difusas, parestias, sudoración y temblores, boca seca.

- Hay **diferentes trastornos** por culpa de la ansiedad como:

→ **Trastorno por crisis de angustia**: Súbitamente aparecen síntomas de aprensión y terror, acompañados de sensación de muerte inminente. También aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica, sensación de asfixia y miedo a volverse loco o perder el control. Duran de 15-30 min.

→ **Trastorno de ansiedad generalizada**: ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes durante al menos 6 meses. Al individuo le es difícil controlar ese estado de permanente preocupación.

• **Síntomas**: tensión motora, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, vigilancia y alerta

→ **Fobia**: consiste en una ansiedad (patológica) como respuesta a situaciones u objetos que no significan ningún peligro. El px tiene un temor irracional y no puede controlarlo, siempre intenta evitar el estímulo fóbico.

• Agorafobias: aparición de ansiedad o evitar lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde sea imposible encontrar ayuda si aparece una crisis de ansiedad.

• Fobias social: temor a situaciones sociales o actuaciones en público, exposición a personas que no pertenecen al ámbito familiar, ser evaluado por los demás y actuar de un modo humillante o embarazoso.

• Fobias simples o específicas: - Zoofobias → entomofobias (insectos), cinetofobias (perros). - Nosofobias → algofobia (dolor), tanatofobia (muerte), dismorfofobias (deformidad), misofobias (contagio), hematofobias (sangre).

- Elementos de lo naturalera → agorafobias (espacios abiertos), claustrofobia (espacios cerrados), hidrofobia (agua).

→ Trastorno por estrés - posttraumático: Síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento extremadamente traumático que represente un peligro real para la vida del paciente o una amenaza a su integridad física. El individuo puede haberlo experimentado, presenciado o le han explicado. Pueden sufrir dificultades del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hiper vigilia y respuestas de sobre salto. Es posible que sean incapaces de recordar algún aspecto importante del trauma.

→ Trastorno obsesivo - compulsivo (TOC): presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. La obsesión es un pensamiento que crea la ansiedad. Las compulsiones son comportamientos para aliviar la ansiedad provocada por el pensamiento obsesivo.

- Subtipos:
- simétrico u orden (repetir, contar)
 - con terminación / limpieza.
 - Agresivos / comprobación.
 - Obsesivos sexuales / religiosos.
 - Acumulación.

→ Somatización: presencia de sintomatología somática relacionada con factores psicológicos. Para que sea trastorno de somatización tiene que existir la presencia de múltiples síntomas somáticos clínicamente relevantes, que estos persistan durante años y que se inicien antes de los 30. Más frecuente en mujeres, clase social y educación baja. Los síntomas más frecuentes son vómitos, mareos, algias diversas, dificultad de deglución, prurito, quemazón en recto o genitales, menstruaciones dolorosas. Deben realizar terapia cognitiva

* Manejos de actor frente a una enfermedad:

- Personalidad del afectado (diferente reacción de cada uno ante el mismo diagnóstico).
- Edad del px
- Familia y amistades (apoyo antes de culpabilidad).

→ Tipo de enfermedad (repercusión en su vida) → Ambiente hospitalario y personalidad y reacciones del personal sanitario (empatía del profesional sanitario).

* Las conductas de enfermar son:

205 13 a) Reflejas

⑥ proporcionales a la gravedad de la enfermedad.

c) Dependen únicamente de factores psicológicos como el estilo de personalidad del ^{paciente}

d) Incluyen la solicitud de ayuda y el tipo y forma de recurso asistencial utilizado.

- La conducta de Enfermedad es dinámica. Respuesta de la persona ante la enfermedad, interacciones con el medio, todo como se identifican, evalúan e interpretan los síntomas, los servicios de asistencia sanitaria influyen en la respuesta del px. El trato.

* El proceso por el cual un estímulo neutro que acompaña sistemáticamente a un estímulo incondicionado llega a provocar la aparición de la respuesta incondicionada se denomina:

a) condicionamiento operante

c) refuerzo positivo

b) extinción

④ Condicionamiento respondiente.

→ Respuesta adaptativa: Condicionamiento y aprendizaje

→ Aprendizaje: adquisición de comportamientos e información a partir de la experiencia. Interacción con el medio (aspectos que hacen cambiar la conducta) Dinámica compleja entre características individuales - medio. Las conductas no se dan de forma aislada, dependen del medio y la interacción con otras personas. Todas las conductas tienen consecuencias, si todas son negativas desaparecen espontáneamente, si siguen es por consecuencia +.

• Ámbito general:

- Anticipación: identificar los hechos que señalan la presencia de otros hechos. Una serie de factores indican que aparecerá una conducta determinada (no tienes hambre hasta que los otros comen).

- Control: seleccionar la reacción más adaptativa.

Relación entre el propio comportamiento y los cambios en el medio.

Es un proceso dinámico ya que el medio va cambiando (Estudiar mientras otros salen). No es una reacción causa-efecto sino que también se deben dar eventos - factores. Se trata de extinguir la conducta - y promover la +.

→ Condicionamiento: Establecimiento de una nueva relación funcional entre un estímulo (elemento del medio) y una respuesta (elemento de la conducta del organismo).

→ Condicionamiento respondiente: Clásico. Basado en los estímulos que controlan la respuesta.

- Reflejo: Estímulo incondicionado (EI) - Respuesta incondicionada específica (RI).

- Estímulo neutro: precede al estímulo incondicionado.

↳ Proceso por el cual un estímulo neutro se acompaña sistemáticamente a un estímulo incondicionado llega a provocar la respuesta incondicionada.

↳ Ivan Pavlov experimento con animales el condicionamiento clásico.

- Conducta espontánea: alimentación, reproducción, dormir. Acompañadas de un estímulo fisiológico (dilatación, pupilar, salivar).

↳ Cuando ves un plato de comida, salivar. El primer estímulo es neutro (plato de comida) se coloca un EI (sonido campana), se emparejan los estímulos y hay una conexión (RI).

EI → RI

EC → EI → RC

→ Condicionamiento operante: Aprendizaje por asociación. Procesos a través del cual los efectos o consecuencias de una conducta o respuesta, influyen en su probabilidad.

- Respuesta, cambios ambientales consecuentes, modificación de la probabilidad de la respuesta (ocurrencia).
- Lo importante son las consecuencias de la conducta pero de las que realizan de forma natural. Si naturalmente no se extinguen las respuestas negativas, se puede realizar un castigo, determinando que no se produzca. El castigo no es eficaz ya que el sujeto permanece inmóvil sin producir ninguna respuesta.

• Elementos del condicionamiento del operante:

- Reforzamiento: proceso que aumenta la posibilidad de una conducta.

- Reforzador/Reforzo: se produce cuando mejora la conducta (positiva). Util a largo plazo.

→ Positivo: continuo, premio, aumenta la probabilidad de repetir ciertas conductas. Hace que el individuo se esfuerce más para conseguir el premio.

→ Negativo: Intermitente (es el mejor reforzo). Evita que el individuo solo realice la acción con el premio como objetivo. Reduce, elimina o evita un estímulo desagradable.

→ Discriminación: proceso en el que estímulos antecedentes llegan a controlar una conducta.

de la conducta.

• Estímulo discriminativo: aumenta la probabilidad

de la conducta.

• Estímulo delta: disminuye la probabilidad de

la conducta.

cont. ...

Condicionamiento

→ Obtención de una respuesta nueva: Aumentar la motivación (influye por la capacidad de cada persona). Reducir la probabilidad de las conductas no deseadas. Estructurar el ambiente (control de estímulos. Ej: no abrir el Facebook si tengo que estudiar). Imitación (conductas de los padres). Instrucción verbal (hay que explicar lo que se espera del otro).

→ Modelamiento: definición del objetivo final, determinación del nivel inicial, aproximaciones sucesivas, refuerzo. Intentar transformar las conductas enseñando como se hace, como es una conducta normal.

→ Supresión de una respuesta:

- Extinción: desaparición del reforzador. Se retira la fuente original del aprendizaje para desaprender una conducta.

- Castigo: presentación de un efecto negativo (inmediato después de la conducta). Definir una respuesta adecuada, reforzarla, limitar la aplicación del castigo, prevenir las respuestas no deseadas.

→ Generalización: aparición de una respuesta ante estímulos similares al discriminativo. Lo que se aprende se realiza en otros entornos para realizarlo en el propio entorno.

→ Proceso complejo del Aprendizaje: imitación, instrucción verbal, experiencia directa.

* ¿Cuál de las siguientes no es un factor que influye en el proceso de retención de la información?

- a) La tonalidad afectiva de la información ✓ c) Motivación del individuo ✓
b) Edad del individuo ✓ → **d) el género del individuo.**

* ¿Cuál de las siguientes es una alteración neurovegetativa de las que pueden aparecer en la depresión?

- a) Hipertensión ✓ c) Hipersomnia ✓
b) Insomnio ✓ **d) todas ellas.**

* La aparición de efectos extrapiramidales al administrar fármacos antipsicóticos es consecuencia de:

- a) El bloqueo de receptores dopaminérgicos a nivel nigroestriatal.
- b) El bloqueo de receptores serotoninérgicos
- c) La estimulación de receptores dopaminérgicos a nivel mesolímbico
- ? d) ninguno de los anteriores.

→ Antipsicóticos (Neurópticos) ^{2da 23}: se usan como tto en cuadros psicóticos. Encontramos dos grupos:

1º Antipsicóticos típicos o clásicos: bloquean los receptores de Dopamina D₂ de la vía mesolímbica. Son inespecíficos, provocando que otras vías que dependen de la dopamina se alteren (como la vía mesocortical), surge así sintomatología negativa por déficit de dopamina. Tienen efectos secundarios como en los trastornos del movimiento (síndrome parkinsoniano, discinesia), alteraciones sexuales (como amenorrea o ginecomastia) o síndrome neuroleptico maligno. En ellos se encuentran los grupos de los tricíclicos (fenotiazinas y tioxantenas) y el de los no tricíclicos (butirofenonas, benzquinolizinas y derivados indólicos).

2º Antipsicóticos atípicos: tienen buena eficacia antipsicótica y menor incidencia de efectos adversos (sin efectos extrapiramidales) y sobre la elevación de la prolactina. Funcionan bloqueando los receptores D₂ de dopamina (se inhiben en la vía mesolímbica provocando cese de los síntomas positivos). Tienen un efecto sobre la serotonina (actúa como inhibidor de la liberación de dopamina). Tiene efecto en los síntomas negativos al aumentar la dopamina en la vía mesocortical.

→ Se administran por vía oral. Se fijan en las proteínas plasmáticas (90-99%), aclaramiento vía hepática, se eliminan por el riñón, vida media 10 a 24h. Bloqueo de receptores dopaminérgicos D₁ y D₂ se metabolizan en el hígado

→ Efectos secundarios: se producen sobre el sistema extrapiramidal (forma aguda o crónica) → afectan la vía nigroestriada vinculada al control motor, se dan por la toma de antipsicóticos típicos

- Efectos agudos: distonias agudas, parkinsonismo, acatisia. Se recomienda combinar antiparkinsonianos y otros fármacos desde el inicio.

- Efectos crónicos: discinesia tardía (movimientos involuntarios por uso crónico de fármacos, extrapiramidal) → edad, sexo F.

• Los efectos extrapiramidales afectan la motricidad (acatisia → inquietud motora imposible de controlar. Distonias → contracciones involuntarias. Pseudo parkinsonismo → temblores y rigidez. Discinesia tardía → movimientos involuntarios). Ocurren por un bloqueo de los receptores de dopamina D₂.

• El aumento de la prolactina tiene riesgo de galactorrea-amenorrea, disminución de la tensión arterial, aceleración del ritmo cardíaco, sequedad de boca, estertimiento, impotencia y anorgasmia (no suelen necesitar tto corrector).

→ Contraindicaciones absolutas: afecciones neurológicas (Parkinson), miastenia o porfirias, insuficiencias hepáticas y afecciones cardiovasculares graves.

* ¿Cuál de las siguientes no es una característica propia del Trastorno de Somatización?

- a) se inicia a partir de los 50 años
- b) tiene un curso cíclico
- c) afecta con mayor frecuencia a las mujeres
- d) conlleva un aumento imparable del gasto sanitario.

Psicología

- Psique = alma, logos = ciencia. Se estudia la conducta.

2 ramos de su evolución: 1. Genética molecular (Genoma humano)

2. Neuroimagen (podemos ver como funciona)

el cerebro. Ej: Resonancia magnética.

- Es la ciencia que estudia la conducta humana. La conducta está condicionada por el entorno social (núcleo más cercano y entorno global). Utiliza el esquema:

- Entender: por qué se produce una conducta.

- Prever: cuando se repetirá

- Intervenir: evitar que se repita una conducta negativa.

• Conducta normal: adaptación, funciona en el entorno sin un sufrimiento emocional. Una conducta leve, puede ser adaptada.

• Conducta anormal: desadaptación. No se adapta al entorno, sufrimiento emocional. Funcionan por un esfuerzo emocional muy grande. 1"

Determinar la normalidad depende de la conducta y de las exigencias del entorno. Intentamos saber cuándo aparecerá una conducta problema para prever y evitar que suceda.

* Psicología de la salud: disciplina que se ocupa de explicar la influencia de los aspectos psicológicos como mantenimiento de la salud, aparición y desarrollo de la enfermedad, respuesta ante la enfermedad. El objetivo de estudio es el comportamiento del individuo en un contexto constituido por la salud o la enfermedad.

Individuo: paciente como profesional.

Paciente: relación con la enfermedad, recursos adaptativos

Profesional: funciones promoción de salud, búsqueda de información, diagnóstico -tto.

→ Se ocupa de explicar: procesos de adquisición de la enfermedad, promover interacciones concretas para ayudar a los individuos a prevenir las enfermedades, mejorar las enfermedades cuando estas ya han aparecido.

- Recoge información necesaria para saber que mecanismos mantienen estas conductas y desarrollar programas específicos para intervenir sobre ellas.

→ Áreas estudiadas por la psicología de salud: Hábitos y estilo de vida (influencia, adquisición y modificación). Influencia recíproca entre el proceso de enfermar, comportamiento y estilo de vida. Paciente como fuente básica de información. Profesional con investigador, comunicador y educador.

* Hábitos adaptativos y estilos de vida: son un conjunto de comportamientos organizados de acuerdo con unas situaciones y actividades significativas según pautas y costumbres propias de la sociedad en que vive, (en un contexto social completo).

→ Clasificación y aspectos generales de los hábitos:

1. Tipo de hábito (clasificación flexible): de autocuidado, domésticos, laborales, de entretenimiento.

2. Calidad o grado de satisfacción que obtiene del individuo: calidad y variedad de la interacción social, independencia y autonomía, humor y estado de ánimo, movimiento y actividad física, variedad, regularidad.

→ Proceso de formación: constituyen parte del proceso de socialización. Se adquieren en diferentes etapas de la vida (inicialmente en las primeras etapas con el modelo familiar). El aprendizaje de hábitos se produce en situaciones de dependencia afectiva y la adquisición es por imitación (adquirimos hábitos imitando a las personas más cercanas). En un segundo nivel para la formación de hábitos son los medios de comunicación social, factores socioculturales y grupos de referencia (adolescentes). Finalmente, el tercer escalón serían los mecanismos de instrucción formal (enseñanza institucional - educación para la salud, cuidados del entorno y educación para el consumo.

= La adquisición de hábitos varía en función de la edad:

• Infancia: hábitos adaptativos básicos (ingesta), control de esfínteres, imitación de los padres).

Conti

Hábitos

• Adolescencia: hábitos relacionados con el sexo, ejercicio físico, trabajo o estudio y adicciones. Se modifican partes adquiridas en el entorno familiar. Importante papel de los grupos de referencias, son más vulnerables a las críticas.

- En la edad adulta hay que remarcar el trabajo y los problemas vinculados asociados, además de aspectos de relación y adaptación familiar. En la vejez tanto el retiro como la soledad repercuten negativamente en las condiciones de vida.

→ Modificación de los Hábitos:

¿Por qué resulta tan difícil cambiar un hábito?

1. Una vez adquiridos son escasos los factores que podrían conducir a la modificación. Intervienen factores de formación sociocultural, económicos y físicos.
2. Forman parte de la rutina diaria
3. La información verbal tiene escasos efectos en la modificación de hábitos, hay que dar una solución alternativa.
4. Las consecuencias negativas de muchos hábitos, aparecen a largo plazo.

- Dentro de los hábitos adaptativos podemos diferenciar los factores de adquisición y los de mantenimiento. Son dos fenómenos distintos. Las consecuencias para el tto de hábitos, tienen medidas específicas para cada fase:

• Factores de adquisición: Ej: hábito patógeno → tabaco.

- Factores funcionales: exposición a modelos de consumo, instrucciones, presión social, facilidad de acceso.

- Factores dispocionales o contextuales: características de la personalidad, presión de la oferta publicitaria, calidad de la información recibida.

- En la mayoría de los casos se inicia el consumo pero no se pasa a la fase de consolidación del hábito patógeno, manteniendo el consumo esporádico y ocasional.

• Factores de mantenimiento:

- Estímulos antecedentes: control de estímulos discriminativos tales como el visio del tabaco, observación de modelos que consumen

(TV, cine) y situaciones sociales y no sociales.

- Después: adquirir la sustancia, frecuentar los lugares donde se puede consumir y los grupos sociales que lo hacen es importante evaluar respuestas alternativas cuando queremos modificar un hábito. Hacer algo beneficioso antes de consumir la sustancia o que sea incompatible con hacerlo.

- Efectos / consecuencias: los efectos - aparecen a lo largo del tiempo.
- Positivos (efecto psicótropo y placer de uso sustancia, imitación de conductas sociales) - Negativos (mantener el consumo para evitar abstinencia o la angustia de determinadas situaciones sociales).

→ Relevancia para la psicología en las ciencias de la Salud: Cuando se alteran los hábitos cotidianos los pacientes están más sensibles. Útil en usuarios sanos, enfermos agudos, crónicos y terminales. En modalidades de intervención profesional (prevención, diagnóstico, Ho y rehabilitación). Protección en factores de riesgo de enfermedad. La interferencia en los hábitos diarios cuando hay enfermedad provoca la alteración en la evolución de la misma. Los hábitos adaptativos pueden verse afectados por el Ho. Los profesionales de salud trabajan con los hábitos tanto en prevención primaria como secundaria, teniendo como objetivo normalizar los hábitos.

→ Tratamientos de modificación de hábitos: eliminación del hábito patógeno (brusco o gradual), control de estímulos (puede superar el internamiento por una reinserción progresiva posterior), enseñanza de la discriminación, modificación de rutinas, combatir la ansiedad de las primeras fases, habilidades sociales y grupos de autoayuda.

* Estrés y Adaptación: el estrés = activación → Tiene lugar cuando una estimulación incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad para atenuarla. Tiene cognición negativa.

Primario → En el cerebro, las que hacen reaccionar ante el peligro (respuesta de supervivencia). Se puede combatir con lucha o huida (Fight or fly) siendo adaptativo. Hay dos tipos de estrés:

- Agudo: estrés puntual en el tiempo. No afecta la salud pero produce cambios corporales en el momento (tensión muscular, palpitaciones, sudoración).
- Crónico: continuo, mantenido. Perdura en tiempo. Afecta a la salud. El sistema inmunitario llega a no ser tan eficaz.

→ Efectos del estrés: (afectación física):

a) Sistema psicofisiológico: En el sistema vegetativo → se incrementa la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, tensión muscular. En el sistema neuroendocrino → incrementa la adrenalina, noradrenalina,

cont.
Estres

colesterol, glucosa, corticoides. Disminuye el sistema inmunológico. siendo más autoinmunes (susceptibles a enfermedades).

b) Sistema cognitivo: distracciones, olvidos, preocupaciones, indecisiones.

c) Sistema motor: habla acelerada, hiperactividad e impulsividad, consumo de tóxicos, conducción temeraria, ingesta excesiva.

→ Vinculación Estres - enfermedad: evolución y desarrollo de la enfermedad.

→ Enfermedades relacionadas con el estrés: cardiovasculares, enfermedad neoplásica, alteraciones inmunológicas.

Hay dos tipos de personalidades: A → competitivos, apurados, ambiciosos (estresantes).

B → tranquilos, comprensivos, calmados (se debe combinar con A para equilibrar el estrés).

→ Demandas adaptativas en la enfermedad como estrés:

Causas
- Por enfermedad: cambios, síntomas, entorno, inseguridades, trastornos económicos o sociales, dolor e incapacitación.

- Hospitales: entorno hostil, incomodidad de Hto, profesionales, factores que alteren el aspecto físico, independencia y la autonomía, relaciones con familia y amigos.

→ Recursos adaptativos en la enfermedad: negarla o minimizarla, apoyo social y familiar, factores afectivos, estrés posttraumático.

→ Burn-Out: desgaste emocional. La vivencia que se tiene es la percepción del desequilibrio entre los recursos y las expectativas. Formas extremas de estrés. Mala actitud (víctima, infeliz, comienza con unas expectativas grandes y resulta siendo otra cosa, lo que hace que aumente las angustias, preocupaciones). La solución es ser más asertivos (saber decir que no cuando no quieres hacerlo o no es previsto, sin generar conflictos).

• Síntomas en 3 dimensiones: agotamiento emocional (cansancio y fatiga), despersonalización (sentimientos, actitudes y respuestas negativas), Baja realización personal (demandas que exceden las capacidades competentes. Ej: el trabajo).

• Características: entusiasmo → indiferencia, implicación → distancia, calidez → baja empatía, honestidad → suspicacia.

• Intervención: individual (asertividad), grupal (apoyo interpersonal, fortalecer vínculos sociales, cohesión de grupo de empresa), organizacionales (programas para mejorar el clima laboral).

* El proceso de Enfermar:

• Tipos de afecciones: Epilepsia y enfermedades mentales → porción, sífilis y VIH → castigo divino, Homosexualidad → considerado como enfermedad.

→ Definición de Salud: OMS → estado de bienestar físico, psíquico y social, no sólo la ausencia de enfermedad. Proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones individuales y características ambientales con resultado de un equilibrio y un bienestar biopsicosocial.

→ Definición de enfermedad: pérdida del equilibrio bienestar psicosocial. Influye en el trato que recibe el paciente (Estigma → rechazo social, paternalismo → sobreprotección)

- la calidad de la asistencia es diferente cuando la persona es responsable de su estado (obesidad, drogadicción). Divergencia ocasional en el problema.

- Entre profesionales y usuarios: divergencia en la jerarquización de la importancia del síntoma, agente causal como justificación de la enfermedad, dolor, enfermedad mental.

→ Conductas de enfermar: ^{Pág 13} No es la enfermedad en sí. se enseña la inteligencia emocional para detectar y reconocer diferentes estados de ánimo y saber manifestarles (verbalización de síntomas, automedicación, búsqueda de ayuda, uso de sistemas asistenciales, cambios en las actividades habituales y comportamientos sociales, tratamiento y cumplimientos).

→ Aprendizaje de las conductas: Proceso de socialización. Aspectos como asistencia sanitaria, atención, dirección, discriminación de estados internos. Normas de uso y funciones de los fármacos.

• Atención, detección y discriminación de estados internos: lenguaje

- Las conductas se adquieren por imitación. Las conductas de enfermar pueden influir en la evolución del proceso. Dependen de la interacción entre la enfermedad y los factores psicológicos. Son factores complejos de prever y valorar, actuando como mantenedores o etiológicos secundarios (cambios en el entorno social, adquisición de hábitos patógenos o abandono de los hábitos saludables, hipermedicación o uso de los fármacos, uso injustificado de las estructuras sanitarias)

• Modos de reaccionar ante la enfermedad, factores que intervienen:

Personalidad del enfermo, edad del paciente, tipo de enfermedad, familia y amigos, el ambiente hospitalario, la personalidad y reacciones del personal sanitario, Educación sanitaria.

* Tipos de Enfermos:

→ Clasificación de los pacientes:

- Biomédicos: sistema o tejidos, síntomas y signos, etiología.
- Psicológicos: contexto del paciente (edad, salud previa, comportamiento/personalidad y origen).

2. Características del px: evolución, pronóstico vital y de repercusiones.

9.1 Edad → Infancia: periodo en el que se tiene contacto con el entorno sanitario, por lo que se adquieren muchas conductas.

- Tienen muchas experiencias o contacto con la enfermedad por: sistema inmune inmaduro (riesgo elevado de contagiarse), accidentes domésticos (proceso leve), primeros contactos con el profesional de la salud, respuestas inespecíficas, contacto con nuevos agentes patógenos (tratamientos, promoción de la salud).

- La información se adquiere por:

• Aprendizaje formal: parte adquirida de manera directa.

• Aprendizaje informal: adquirido indirectamente (familia, entorno, tv...)

- La comprensión de la enfermedad depende de: edad, nivel de información adquirida por aprendizaje formal, experiencias vividas.

- Es importante que el profesional: adecue el mensaje a la capacidad de los niños, las conductas de mirar las adquieren a esta edad, actitud pasiva, verbalización/interpretación de los síntomas.

→ Vejez: conceptos a tener en cuenta:

• Soledad: retrasa el diagnóstico (no suelen ir solos al médico, suelen abandonar los hábitos de salud).

• Situación económica precaria: > mujeres, peligro la nutrición.

• Estimulación limitada: déficits sensoriales (audición), motores (movilidad) y responsabilidad (no difícil no lo siguen).

- Contexto de la enfermedad: Mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades (su sistema inmune no es tan eficaz), normalidad de estar enfermo (se cree que es por la edad y acuden al médico), posibilidad de no llevar al cabo la intervención (por estado delicado en el que están). Papel de socializar.

- Aguda → estado de salud.

- Crónicas

- Factores mantenedores o etiológicos secundarios.

- Repercusión funcional: severidad clínica (no farmacológicos, creencias erróneas).

- Control voluntario de los procesos emocionales y trato especial.

→ Paciente inmigrante: problemas de comunicación, documentación, desarraigo, falta de confianza (no expresan las enfermedades) por problemas de culturas, diferente concepto de salud y enfermedad (genera falta de confianza al personal sanitario), dificultades de seguimiento y diagnóstico (puede haber problemas económicos, falta de documentación).

→ Personas con problemas psiquiátricos: complicaciones con el tto farmacológico (no dicen el trastorno por miedo a que lo asocian a la enfermedad).

* Dolor: Experiencia sensorial y emocional no placentera (proceso de experimentar el dolor en parte física, receptores - umbral del dolor -, respuesta en el estado de ánimo). Adaptativo. En la mayoría de las enfermedades no existe el efecto directo (enfermedades infecciosas - patógeno externo) es más difícil intervenir.

• Clinicas del dolor: tratan los síntomas del dolor, no la enfermedad

→ Dolor crónico: se mantiene más de 6 meses. Tiene mucha importancia el factor físico, el factor emocional es transitorio. Se asocia a otros factores y problemas como costes asistenciales, socio-económicos y consumo de fármacos. Constante o intermitente. Es más difícil que tratar que el agudo. No tratar bien el dolor agudo conduce al dolor crónico. Dura más tiempo de lo que debe durar una lesión.

→ Dolor agudo: dolor intenso en un corto periodo de tiempo. Tiene relación directa con el factor que lo produce avisando de una lesión o enfermedad. Se encuentra centralizado en un área antes de expandirse. Habitualmente responde bien al tto.

→ Diferencias entre el dolor agudo y crónico:

	Agudo	Crónico
- Significación	adaptativo por organismo	No adaptativo
- Manifestaciones acompañantes	Ansiedad	depresión, MEG, insomnio, alteraciones sexuales.
- Relación con la lesión	relación espacio y proporcional con la lesión	No hay relación
- Respuesta al tto	Buena	Poco consistente

→ Aspectos psicológicos del dolor crónico: (empieza siendo agudo), Percepción de fracaso del tto, dificultad para describir los síntomas, exceso de reposo y poca actividad, abuso y dependencia de fármacos, repercusión (a nivel emocional, social, familiar, laboral, economía). Trastorno del ánimo y del sueño. Reducción a nivel funcional (actividades habituales), Problemas de comunicación (interpersonales o sociales), modificación del ambiente familiar.

→ Métodos de Estudio:

↓ Autoinformes:

→ Historia clínica: se interroga al px para obtener información detallada de su dolor (se puede conocer su origen o etiología y su diagnóstico). Características importantes son localización, tipo, duración, ~~carácter~~, periodicidad, frecuencia, intensidad, irradiación, síntomas acompañados, signos acompañados, factores agravantes, factores atenuantes, medicamentos. Es importante saber la medicación (dosis y tipo), si ha tenido intervenciones quirúrgicas, si el dolor viene en reposo o movimiento

o con calor, sexo, tipo de trabajo...

→ Estimaciones cuantitativas: estimaciones de la cantidad de dolor del px. Diferentes escalas:

• Verbales: los anclajes son palabras

• Análogica visual: nos apoyamos en dibujos (niños, analfabetos) para valorar el dolor y la ansiedad (el cerebro es más real) se miden los cm.

• Númericas: la más frecuente, anclajes con números, en los niños se puede mostrar caritas con diferentes tipos de ánimo (o al 10).

→ Estimaciones cualitativas: escalas adjetivas, diagnósticas, importantes como duele (pica, ardor, dolor, frío, caliente, horrible, insupportable, etc).

2. Auto registros: nos dan información del dolor a lo largo de un periodo de tiempo.

→ Diario del dolor: el px debe anotar ^(resistir) una estimación de la intensidad del dolor a lo largo del día (escalas verbales o numéricas), si se medicó, actividad, localización, etc. (así se obtiene un análisis de datos y registros de la evolución para un Ho).

→ Inventario de patrón de actividad: conocimiento más exhaustivo, el px dice lo que hace durante el día (durante dos semanas). Se agrupan las actividades según dimensiones generadas.

→ Observación directa: tiene que haber congruencia entre lo que dice la historia clínica, el diario del dolor y lo que tú observas en consulta. Nos basamos en conductas del dolor (verbales, no verbales, limitación funcional y demanda de ayuda) \square : movimientos protectores, apoyarse y sujetar parte del cuerpo, expresiones faciales de dolor o suspiros, duración del dolor.

→ Tratamiento del dolor: reducir los analgésicos lo más posible, aumentar la actividad física normal, normalizar el nivel funcional/autonomía, implicar o desimplicar a la familia dependiendo del dolor (modificación familiar), eliminar la dependencia sanitaria, desintoxicación, normalización del sueño...

Percepción: integración de los datos sensitivos en nuestro cerebro.

- Distorsiones perceptivas: percibimos un estímulo de forma distinta a la real. Hiperestesia: $>$ intensidad, Hipoestesia: $<$ intensidad.

Metamorfosis (Dismorfosis → forma, dismegalopsia → tamaño) ^{auto meta. morfosis → deformos} ^{exterior por consumo de tóxicos}.
Ilusiones (Paravolición → sombra nocturna forma de persona, sentido de presencia). Integración

(normalmente por drogas. Escisión, aglutinación o sinestesia).

Engaños perceptivos: percibimos un estímulo que no existe realmente. = Alucinaciones → se percibe lo que no hay, fenómeno sensorial (auditivo, olfativo, sensorial, visual, gustativo, táctil). Según su complejidad puede ser elemental (una voz) o complejo (varias voces). → Pseudopercepciones

* El Pensamiento: trastornos formales del pensamiento (muy parecidos a los trastornos del lenguaje, tienen que ver como pienso). Fuga de ideas (aceleración) latencia de respuesta (inhibición, demora o retraso del pensamiento). Circunstancialidad (demasiados detalles sin importancia, sin contestar la pregunta exactamente). Perseveración (repetición pensamiento divagatorio (no hay enfoque en un tema). Disgregación (cada frase tiene sentido, pero el discurso global no). Bloqueo (respuestas bloqueadas por dudar la pregunta o el contexto). Incoherencia (frases sin sentido). ~~desorganización~~.

→ Trastornos del contenido del pensamiento:

• Control y posesión del pensamiento: bajo alucinaciones, angustias, esquizofrenia.

- Enajenación del pensamiento (sale de ti), insesión del pensamiento (sensación de ser propio sino controlado). Difusión o transmisión del pensamiento (cuencia de que los otros saben lo que piensas) Ideas obsesivas (no controlan), Retiro del pensamiento (obvien piensas lo que se quiere pensar)

• Ideas sobrevaloradas: sensación de culpa por algo que no tiene importancia.

• Pensamiento mágico: creencia de mitos.

• Delirios: El px tiene convicción de algo real que no lo es. Real o fantástico, o creencia culturales.

- Primarios: intuición delirante (intuye algo diferente), percepción delirante (se le da un valor Ej: negro = muerte), atmósfera delirante (todo parece extraño), recuerdos delirantes (grandes), culpa.

- Secundarios: trastornos afectivos.

- Contenido del delirio: control, megalomanía (delirios de

* Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas:

→ Incumplimiento de las prescripciones terapéuticas:

(Tipos):

• Regularidad: no siguen la medicación.

• Duración: prolongar o abandonar el tto.

• Regitud: errores de potenciación y dosificación.

• Momento: tiempo en que se realiza la medicación

• Indicaciones: automedicación.

→ Factores de riesgo para el incumplimiento terapéutico:

• Factores personales: edades extremas (muy jóvenes o muy viejos).

• Factores de enfermedad: más que crónicas (es agudas y complejas), con más percepción.

• Factores de tratamiento: tto seguro y evidente para el cumplimiento de él. Puede haber presencia de factores negativos o secundarios.

→ Detección del incumplimiento: resultado clínico (resultados que no son los esperados), determinación humoral (detección en fluidos corporales), nivel de sangre en la medicación (no muy fiable).

Cont.

Cumplimiento de las prescripciones Terapéuticas:

Medir la prescripción y el medicamento restante, recetas electrónicas (control de compra, consumo), información del paciente (el mejor método, el mismo te lo explica si hay buena relación).

→ Estrategias para mejorar el cumplimiento: comunicación con el paciente y hacerlo participe, prever las dificultades para seguir un Ho. Se puede considerar elementos (comprender, recordar, ejecutar):

- Comprender: explicar al px el pronóstico de la enfermedad, los peligros del incumplimiento del Ho y en que se basa el Ho (informar bien para que lo entienda, comprobar si lo entendió y modificar los errores si no).

- Recordar: Hf, correos, medios visuales. Coincidir el Ho con rutinas diarias o colocar el medicamento en un lugar visible. Recordar que lo han hecho bien.

- Ejecutar: aumentar los beneficios respecto a los perjuicios. Que se de cuenta que está mejorando.

* La Atención: se altera en enfermedades psiquiátricas, intoxicaciones etilícas.

- Modelos de filtro o estructurales: = Selección (focalizar en un sólo aspecto), función (regular la entrada de insumos en el sistema cognitivo). Experimento de escucha dicótica (deben decir lo que escuchan por una sola oreja).

- La atención es la capacidad de nuestro cerebro para seleccionar o focalizar aquellos estímulos del entorno.

- Modelos de capacidad o de recursos limitados: límites de los recursos atencionales, concentración para entender, hombre orquesta, a medida que se repite una tarea se automatiza y se pierden los recursos atencionales. Cantidad de cosas que podemos atender a la vez.

- Existen diferentes procesos para definir la atención: = Procesos controlados → atención consciente, lento y flexible, consumen capacidad y recursos atencionales, se adapta. Y

- Procesos automáticos → no consumen recursos atencionales, difícil de modificar ya establecidos, rápidos y difícilmente conscientes.

- Psicopatologías de la atención: atención (focalización que incrementa la conciencia clara), concentración, vigilancia.

- Trastornos de la atención: falta de atención y trastorno de la conciencia. TDAH (incapacidad o capacidad disminuida de enfocarse o concentrarse).

- estrechamente de la atención, oscilación de la atención y concentración, anomalías cuantitativas (elevación del umbral de la atención, Indiferencias, inatibilidad de la atención, fatigabilidad de la atención). Anormalidades cualitativas (perplejidad)

- Aspectos de la atención: concentración, selección, activación, vigilancia

*** Trastornos de la Conducta alimentaria:** ^{Pág 10} obsesión por el atractivo físico.

• Anorexia nerviosa: negativa a comer, se caracteriza por una pérdida abrupta e importante de peso. Repugnancia por los alimentos o desagosto por comer. La anorexia se asocia a factores mentales, puede ser selectiva con ciertos alimentos (carne, leche, etc), o todos. Puede ser secundaria (angustia, luto o personalidad apática vuelve cuando se tranquiliza). Puede aparecer con depresión y ciertos estados psicóticos.

• Bulimia nerviosa: ingestas de gran cantidad de comida seguido de una purga para no ganar peso (vomitar, ejercicio durante horas, laxantes). Suele debutar en la adolescencia > repasar. La persona es consciente de su conducta alimentaria patológica.

• Ortorexia: obsesión patológica por la comida saludable (elección y preparación de los alimentos). En la etapa temprana evitan comer alimentos como carne roja o azúcares.

• Vigorexia: obsesión por lucir músculos portentosos y físico fuerte. Implica desajuste alimentario y dismorfia muscular (síndrome de Adonis o anorexia inversa). Temor por sentirse débil o delgado.

Trastornos alimentarios

- Permarexia: obsesión por seguir regímenes y dietas de forma permanente.
- Potomania o hidrolexia: ingestas excesivas de agua.
- Pregorexia: embarazadas con dietas intensas (no dan nutrientes al feto).
- Pica: niños con deseos de ingestas de objetos y sustancias no nutritivas
- Manorexia: dietas, ayuno, ejercicio excesivo.
- Prunkorexia: dejar de consumir alimentos para contrarrestar el exceso calórico producido por el alcohol. Entre anorexia nerviosa y adicción por el alcohol.

- Trastornos Gastrointestinales Psicógenos
- Emesis (vómitos psicógenos): eliminar agentes nocivos e irritantes (alimentos, personas, olores)
 - Disfagia: impresión de no poder tragar.
 - Distensión abdominal o aerofagia: expresada por los supetos (falsa percepción, en histerias o hipocóndriacos). - No gaseosa (aumento de volumen del abdomen). - Aerofagia o ingestión de aire (retención normal de aire en el estóago).
 - Anorexia
 - Diarreas: función excretora del intestino, entre función fisiológica y demandas interpersonales

*** Trastornos de la infancia:** Inicio de la infancia → trastornos del lenguaje, Autismo (alteración mental, genética o de interacción en el ambiente como gestación, nacimiento o crianza). Destaca integración social, comunicación, intereses restringidos, lenguaje). Psicosis en la primera infancia, esquizofrenia de inicio infantil o adolescente, trastornos del desarrollo, trastornos de afectividad, trastornos paranoicos y de personalidad (límite o antisocial). (Clínicos poco claros).

• La segunda infancia → tiempo en el que se prosigue la formación del yo.

cont.

Trastornos de la Infancia

y de la personalidad. Pueden aparecer otros trastornos (adicional a los de la infancia). Se da entre los 6 y 12 años. Trastornos del humor (depresivos, maníacos - con la psicosis -). Paranoias (no se sistematiza sino hasta la adolescencia), empiezan la ideas delirantes. Angustia, agresión, tristeza, restricción alimentaria, ideas hipocóndricas.

- Inicio de la adolescencia → yo e ideales, madurez, contacto sexual, menstruación, egocéntrica. Esquizofrenia, trastornos del humor y personalidad, descompensación de trastornos infantiles.

* Trastorno por abuso y dependencia de sustancias: Puede ser por genes, presión social, emocional, ansiedad, depresión, estrés. Esto causa depresión, déficit de atención, estrés posttraumático, somnolencia, euforia. Las más comunes son opiáceos, narcóticos (heroína, opio, codeína), cocaína y anfetaminas (SN), metilfenidato o ritalina (trastornos de hiperactividad con déficit de atención). Alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas (valium, alivan, xanax). LSD, mesalina y psilocibina (hongos) y fenidrina (polvo de ángel o PCP) son alucinógenos. Marihuana (cannabis o hashish). Consumo → experimental, regular, problemático o riesgoso, adicción.

* Tratamientos Psicoterapéuticos:

- Psicoterapia: intento modificar actitudes y creencias que inciden en la psicopatología. La persona debe creer en la eficacia de la técnica terapéutica. Confianza entre el terapeuta y el px. Manipulación de símbolos. Se usa en los trastornos del comportamiento. Distintos tipos (psicodinámico, centrado en el px, cognitivo-conductual, etc.). Puede ser individual, grupal, largo o breve. Observable, detallado, específico (raramente se informan).

- Psicodinámico: parte de Freud → concepción racionalista (el hombre es un ser consciente, responsable de sí mismo, libre albedrío, voluntad regida por la razón), concepción organicista (papel que ejerce la mente - física y fisiológicamente), concepción dinámica o irracional (Guerres irracionales capaces de crear trastornos psicológicos y cuadros somáticos). Freud definió 3 requisitos que debía cumplir toda teoría psicoanalítica ortodoxa: 1) aceptación de la existencia del inconsciente, 2) Aceptación del papel fundamental que cumple la represión en la vida psíquica, 3) aceptación de la importancia de la sexualidad infantil en la génesis y desarrollo de la personalidad. Las reglas fundamentales de Freud, los px deben verbalizar todos los contenidos que lleguen a su mente independientemente de su naturaleza.

→ Alternativas psicodinámicas:

→ Psicoanálisis clásico: biológico, naturaleza de inconsciente, sexualidad infantil y complejo de Edipo. Reconstruye la personalidad del px a través de la asociación libre. De larga duración. Regresión en px neuroóticos.

→ Psicoanálisis lacaniano: el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Se espera una reificación subjetiva. Comienza centrándose en el despliegue del discurso del px. Duración variable principalmente en neurosis.

→ Escuelas Neofreudianas: factores psicosociales y culturales. La génesis de los conflictos es de naturaleza interpersonal. Se aplica en trastornos de personalidad, psicóticos y neuroóticos.

→ Escuelas analíticas del yo: experiencias psicosociales e interpersonales como determinantes de la conducta. Tienen las experiencias en sus aspectos conscientes e inconscientes. Tiene como objetivo un cambio estructural para el funcionamiento, dominio y madurez del yo. Se basa en técnicas interpretativas, análisis de la transferencia y el apoyo a la alianza terapéutica. Trastornos narcisistas y psicóticos.

→ Psicoterapia psicoanalítica: combina las tradiciones neofreudistas y las analíticas del yo. Estructuras yoicas, tanto en el plano externo (interpersonal) como el interno (demandas inconscientes). Tiene como objetivo la resolución de los problemas actuales para potenciar un aumento en la capacidad de adaptación y los recursos yoicos.

→ Psicoterapia psicodinámica breve: similar a la psicoterapia psicodinámica. Los px deben cumplir los siguientes requisitos para realizarla → 1) Haber tenido en su primera infancia una relación emocional significativa, 2) inteligencia superior a la media, 3) capacidad para establecer una buena relación emocional y cognitiva con el terapeuta, 4) capacidad para formular de manera completa sus dificultades, 5) tener una motivación alta para el cambio.

→ Técnicas empleadas en los tratamientos psicodinámicos: las técnicas propias de los tto psicoanalíticos están dirigidas a producir lo que hace posible el cambio → experiencias emocionales y el insight (comprensión repentina). Entre las técnicas básicas en tto psicodinámico están → - Sugestión (se induce al px a evocar ideas, sentimientos o comportamientos que no tiene controlados a nivel consciente. No se recomienda para no pretender contaminar la conducta del px). - Catarsis (fenómeno de expresión intensa de sentimientos reprimidos o algo conflictivo). - Manipulación (activa recursos adaptativos que el px posee pero no emplea). - Confrontación (llevar al px a forzar su atención sobre algo que ha estado pasando inadvertido, para que tome conciencia de ello). - Clarificación (genera comprensión repentina (insight) ampliación de contenidos conscientes). - Interpretación (transformación de clarificaciones). - Interpretación (nexo entre contenido consciente y otro inconsciente).

→ Terapias de conducta: tiene como objetivo sustituir conductas desadaptadas o conductas problemáticas por otras adaptadas. Estas pueden estar en el sujeto aunque no las use, por lo que se le introduce o enseña a que las consiga, por lo tanto se trata una o varias conductas-problemas.

→ Características: las conductas desadaptativas se adquieren y mantienen por los mismos principios que las conductas adaptativas. Casi todas conductas aprendidas por lo que las desadaptativas se pueden modificar o sustituir por adaptativas.

cont.

Terapias de conducta.

La terapia se centra en el aquí y ahora y en la conducta desadaptativa, los tto usan diseño experimental para su eficacia (antes, durante y después del tto). Especificación objetiva, precisa y estructurada de los objetivos del tto.

- Secuencia de la intervención: identificación de las conductas-problemas (en esta fase se usa la entrevista), obtener información sobre estímulos antecedentes y consecuencias que afectan la conducta problema (se usan registros de conducta y autorregistros), selección de técnicas (modificar las variables que controlan la conducta), fase de evaluación (datos de la conducta para comparar con la base inicial y saber si se cumplieron los metas u objetivos del tto).

- Técnicas en terapia de conducta:

• Técnicas operantes: se basa en el condicionamiento operante (la modificación de las consecuencias del ambiente conducirá al cambio de conducta).

Contingencia (dos hechos o acontecimientos bajo la condición de que uno se produce si el otro está presente). Refuerzo (forma contingente de una conducta que aumenta la probabilidad ^{que produce} de dicha conducta). Reforzamiento positivo. Reforzamiento negativo (eliminación de un estímulo aversivo). Castigo (estímulo aversivo o eliminar uno positivo). Extinción (si con la conducta se elimina el refuerzo positivo, disminuye su emisión).

- En las técnicas operante se usan intervenciones como el moldeado (conductas nuevas en el sujeto), contratos de conducta (reforzamiento recíproco en personas implicadas en un problema), economía de fichas (reforzar conductas ya existentes), coste de respuesta (retirar reforzadores positivos por la emisión de una conducta que se desea extinguir), tiempo de refuerzo positivo (eliminar conductas no deseables).

• Técnicas de autocontrol: indicado para modificar problemas relacionados con hábitos o pensamientos que solo los observa el propio sujeto. - Control de estímulos (conducta-problema controlada por estímulos del ambiente del px). Autorrefuerzo y castigo (auto recompensas o castigos), autoobservación (modifican sus propias conductas).

• Técnicas de reducción de la ansiedad: desde el punto de vista cognitivo-conductual, la ansiedad es una respuesta compleja, aprendida, que puede ser modificada (nivel motor, psicológico y cognitivo). A nivel motor técnicas operantes, psicofisiológicas técnicas desensibilización sistemática, relajación y terapia de exposición, y cognitivas técnicas cognitivo-rationales. - Desensibilización sistemática (por wolpe, inhibición recíproca y contra-condicionamiento), relajación (tensión-relajación de los músculos).

Exposición e inundación (eliminar el principio de las respuestas de ansiedad).

- Técnicas Cognitivas: presunción, ideas, creencias y expectativas, representan un papel importante en los problemas emocionales y comportamiento humano. Las técnicas son Terapia racional emotiva de Ellis (directiva por el terapeuta, lleva al sujeto pacífico al mundo de una forma irracional) y Terapias cognitivas de Beck (activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado para tratar la esfera emocional como depresión, fobias, etc).

- Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales: modelado, Role playing, moldeado.

- Técnicas de solución de problemas: Método de Zullow y Goldfried (orientación para inhibir ^{activo} impulsivamente ante un problema) (toma de decisión, verificación). Método de Branstford y Stein (es el ideal, identifica y recorre partes o componentes para la resolución del problema).

• Counselling: aparato que permite descubrir sus propios recursos para hacer frente a una solución (informal, educativo, comunitario). Autoconsejo. Explora, comprende, actúa.

Terapia

→ Psicofármacos:

• Ansiolíticos:

(pág 4)
- Benzodiazepinas: ansiolíticos por excelencia, múltiples acciones (sedante, hipnótico, relajante muscular, inductor de la anestesia y anticonvulsiva. Las más usadas)

Alprazolam 1mg, Bromazepam 6mg, Clonazepam 2mg, Lorazepam 15mg, Diazepam 10mg, Loprazepam 2mg.

Farmacocinética y farmacodinámica: liposolubles vía oral (20 min alcanzan concentraciones plasmáticas), Unión a proteínas elevada, metabolizan por vía hepática por hidroxilación, glucos conjugación y desalquilación, se eliminan principalmente por la orina. Mecanismo de acción amplifica los inhibiciones mediadas por el GABA en el SNC frenando el exceso de la activación colinérgica. Producen dependencia fisiológica y síndrome de supresión.

Efectos secundarios: sedación, ataxia, disartria, mareos, incoordinación y diplopía. Memoria cardiovascular (taquicardia o palpitaciones), rendimiento (amnesia retrógrada), irritabilidad y depresión. Depresión del SNC (interacción con el alcohol y herbicidas).

Contraindicaciones: miastenia, insuficiencias respiratorias.

Indicaciones: ansiedad (alprazolam o lorazepam)

- No benzodiazepínicos:

• Bupropión: se usa en px con malas tolerancias a las benzodiazepinas (ancianos, personas con daño cerebral, px con enfermedades pulmonares crónicas, dependientes de benzodiazepinas). Carece de poder adictivo y sedante, miorelajante, anticonvulsivo. No potencia los efectos del alcohol.

• Betabloqueantes: el propranolol tiene un mecanismo de acción que disminuye la ansiedad (taquicardia, sudoración y temblor). Menos eficaz en manifestaciones cognitivas de la ansiedad que las benzodiazepinas. Contraindicado en asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

• Beta-bloqueantes: numerosas interacciones medicas, no se usan en ansiedad si substituyen a las benzodiazepinas, se usan en la inducción de la anestesia general.

• Antidepresivos: se usan en trastornos de la alimentación, ansiedad, control de impulso o de la personalidad.

• Antidepresivos tricíclicos (ADT): inhiben la recaptación central y periférica de monoaminas e incrementan su disponibilidad, producen cambios funcionales sobre los receptores, efecto relativo sobre adrenalina, serotonina (5HT), dopamina, histamina y acetilcolina.

cont.
Psicofarmacos -- Antidepresivos

FECHA:

Efectos secundarios: hipotensión postural (debido al bloqueo que ejercen sobre los α_1 adrenoreceptores) y al bloqueo de los receptores muscarínicos colinérgicos como sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria), cierto grado de sedación inicial. Menos frecuente alergias cutáneas, exacerbación de úlcus péptico, movimientos involuntarios y parkinson.

Interacciones con otros fármacos: por la elevada fijación a las proteínas plasmáticas (fenotiazinas, anticoagulantes orales, ácido acetilsalicílico, fibrinolíticos, amiodarona), por la potenciación de los efectos sedantes (neurolepticos, barbitúricos, benzodiazepinas, alcohol) o por inhibición del metabolismo hepático (fluoxetina, metilfenidato, cimetidina, neurolepticos fenotiazínicos). con los IMAO no se recomiendan su elevada toxicidad.

Sobredosificación e intoxicación: excitación, inquietud, convulsiones tónico-clónicas, insuficiencias cardíacas, taquicardias, fibrilación auricular, insuficiencias respiratorias y coma.

Contraindicaciones: cardiopatías (infarto e insuficiencia cardíaca), embarazo y lactancia, nefropatías y hepatopatías (con mucha precaución).

Imipramina (75, 150 mg), amitriptilina (75, 150 mg), nortriptilina (75, 150 mg), praprotilina (75, 150 mg)

Indicaciones: depresiones graves, trastornos por ansiedad, insomnio, EOC, dolor.

→ Inhibidores de la monoaminoxidasa: inhiben la enzima

monoaminoxidasa. Impiden la vía normal de degradación de la tiramina e inhiben la actividad oxidativa de la mitocondrias hepáticas. Reversible o irreversible.

Se absorben por vía oral, se metabolizan por vía hepática por acetilación, oxidación y desaminación. - Son fármacos de segunda elección si los antidepresivos tricíclicos no son eficaces -

Efectos secundarios: IMAO irreversibles → hipotensión ortostática, edemas maleolares, crisis hipertensiva, sequedad de boca, aumento de apetito, irritación gástrica, icterus hepatocelular, en el SNC agitación, confusión o alucinaciones, insomnio, sedación diurna.

Contraindicaciones en su manejo: alimentos ricos en tiramina (quesos, grasas, embutidos, habas, guisantes, pasas, higos secos, chocolate, café, té, cerveza, vino, licores). Contraindicado en px HTA ^{grave}, hepatopatías activas, insuficiencia renal. Parkinson, alcoholismo, HTA, insuficiencia cardíaca y diabetes (estas dos de forma relativa).

Indicaciones: depresiones graves, neurotípicos o atípicos. trastornos por ansiedad y psiquiátricos. Fenelzina 30-45 mg, transilpramina 10-30 mg, moclobemida 300-600 mg.

23

→ Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de

serotonina (ISRS): neurotransmisión serotoninérgica, venefica sobre ADT y IMAO, baja incidencia de efectos secundarios. Citalopram 20, 60 mg, Fluvoxamina 50, 300 mg, Sertralina 50, 200 mg, Fluoxetina 20, 80 mg, Paroxetina 20-50 mg.

Efectos secundarios: similares, el aumento gradual de la dosis disminuye los efectos. Náuseas, vómitos, diarreas, anorexia, cefalea, insomnio, sedación. Temblor, sudoración, aumento de la prolactina. No producen efectos cardiotoxicos ni epilépticos, ni efectos sedantes.

Contraindicaciones: insuficiencia hepática y renal, en caso de enfermedad hepática el citalopram es el de elección y en insuficiencia renal la sertralina.

Indicaciones: depresiones leves y moderadas. Trastornos por ansiedad, TOC y trastornos de alimentación.

Factor decreciente de activación-sedación: fluoxetina (menos selectivo, menor riesgo de disfunción sexual), sertralina (hepatopatías, no produce aumento de prolactina), citalopram (más selectivo, presenta menos interacciones, hepatopatías), fluvoxamina (más sedante), paroxetina (más potente, origina mayor síndrome de rebote).

Otros:

→ Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS): venlafaxina. Inhibe la recaptación de dopamina, serotonina y noradrenalina. No posee acción sobre los receptores. Efectos secundarios: nerviosismo, insomnio, sudoración, náuseas, sequedad de boca y disfunción sexual.

→ Antagonistas de la 5-HT₂ e inhibidores de la recaptación de serotonina (IIRSS): trazodona, nefazodona (este posee acción antidepresiva y ansiolítica propia, regulador del sueño. puede producir ~~ef~~seca. somnolencia, sequedad de boca, vértigo, cefalea, esterimiento, hipotensión.

→ Antagonistas de la 5-HT₂ y de los receptores alfa-2 adrenérgicos

(MASSA): mirtazapina (bloquea el receptor alfa-2 adrenérgico, liberando serotonina).

→ Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (IRNA): reboxetina, su cinética es lineal, no inhibe ninguna enzima del citocromo P450.

● Antipsicóticos (Neurolepticos): Antipsicóticos clásicos (tricíclicos como

fenotiazinas y tioxantenos, y los no tricíclicos como butirofenonas, benzquinolizinas y derivados indólicos). Los Antipsicóticos atípicos. (Pág 14). Clozapina 100 mg, tioridazina 100 mg, levomepromina 75 mg, haloperidol 2 mg, risperidona 3 mg, quetiapina, olanzapina 5 mg, clozapina 100 mg, ziprasidona.

Otros efectos adversos neurolepticos serán el aumento de prolactina con el riesgo de galactorrea-amenorrea, disminución de la tensión arterial, aceleración del ritmo cardiaco, sequedad de boca y estreñimiento, impotencia y anorgasmia. suelen en poco tiempo y no suelen necesitar Ho corrector.

Indicaciones: diversas formas de esquizofrenia, en sus manifestaciones agudas y crónicas y como profilaxis de las recidas. Utiles en trastornos delirantes, la manía, depresiones psicóticas, trastorno límite de la personalidad, agitación psicomotriz y síndrome confusional orgánico.

Por vía intramuscular se administra por depot o depósito (pa que no se pueden responsabilizar del Ho).

* Comunicación profesional de la Salud y Enfermo: Debe existir empatía, no es una relación amistosa. Hay que centrarse en las necesidades del px. El profesional activo, dirige y participa. El px pasivo, coopera y participa. Fases de relación entre profesional y px son de llamada (ayuda), objetivación (El px confía en el profesional y éste explora y diagnostica) y de personalización (el px se siente comprendido y el profesional valora).

* Elementos de comunicación:

* Empatía: sintonizar en la misma frecuencia emocional que el otro. Interiorizar en los sentimientos para comprender al otro. Los psicólogos no tienen empatía.

* Simpatía: identificarse con otro (piensan igual).

- Las empatías terapéuticas no juzga, no hace amistad, no minimiza el dolor, no se contagia emocionalmente, es realista (sin dar falsas seguridades. Siempre tiene actitud empática).

* Autenticidad: minimizar los propios sentimientos, emociones y necesidades, maximizando lo del px.

* Aceptación: identificar o aceptar de forma positiva e incondicional.

* Alianza terapéutica: estar en, para y con.

- El terapeuta, detecta los problemas del px y los evalúa, alivia y facilita su problema, garantiza el Ho y previene recaídas. Por lo que informa, orienta, alivia y apoya. Debe tener estrategias para establecer un ambiente y entorno adecuado.

~~La atención se altera en los diferentes tipos de prioridades en los diferentes estados de conciencia (estado de alerta, ensueño, percepción, pensamiento) y se altera en los diferentes tipos de prioridades en los diferentes estados de conciencia (estado de alerta, ensueño, percepción, pensamiento) y se altera en los diferentes tipos de prioridades en los diferentes estados de conciencia (estado de alerta, ensueño, percepción, pensamiento)~~

Test Preguntas Exámenes Psico

- ✦ **Condicionamiento**: proceso definitivo como el establecimiento de una nueva relación funcional entre estímulo y respuesta.
- ✦ **Alucinación**: percepción sin objeto.
- ✦ **Test de Simon-Binet**: identifica a los niños que no se benefician de la escolarización ordinaria.
- ✦ **Ideas delirantes**: son ideas falsas y no explicables culturalmente, irreductibles y condicionan las ideas del sujeto.
- ✦ **La amnesia anterógrada**: afecta la fijación.
- ✦ **La memoria episódica** pertenece a la memoria explícita (o declarativa).
- ✦ **Selye y es.**: plantea el síndrome general de adaptación SGA.
- ✦ **Salud OMS**: estado de bienestar completo y físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
- ✦ **Generalización de la conducta**: condicionamiento.
- ✦ **Animismo-egocentrismo**: características del estadio pre-operacional de Piaget.
- ✦ **Etapas del proceso de morir** de Kubler Ross: negación - ira - pacto - depresión - aceptación.
- ✦ **Incapacidad de reconocer un rostro**: prosopagnosia.
- ✦ **Modelo de las inteligencias múltiples** pertenece a Howard Gardner.
- ✦ **Inteligencia emocional**: capacidad para percibir, expresar, reconocer emociones de formas equilibradas y para entender las emociones de los demás. Daniel Goleman.
- ✦ **Ideas obsesivas, sobrevaloradas y delirantes**: alteraciones del pensamiento.
- ✦ **Cociente intelectual**: problemas de déficit, bajo CI < 70.
- ✦ **Trastornos de personalidad con características manipulativas e impulsivas**: personalidad antisocial, límite, Cluster tipo B.
- ✦ **Emoción**: reacciones afectivas súbitas, agudas y breves, respuesta a una percepción, acompañada de un correlato somático.
- ✦ **Características del sueño REM**: relajación muscular general, descenso del tono muscular, rápido movimiento de ojos, supone el 25% del sueño total, va aumentando a lo largo de la noche. Aumento el ritmo cardíaco y respiratorio.