

ACTIVIDADES PARA LA ASIGNATURA DE PSICOPATOLOGÍA

Gemma García-Soriano

Amparo Belloch

Universitat de València



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN DE ESTE MATERIAL.....	7
2. LOS CRITERIOS EMPLEADOS EN PSICOPATOLOGÍA	9
3. HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA	11
4. GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA O EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.....	12
5. LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA.....	14
6. EXPLORANDO LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: FRAGMENTOS DE CASOS CLÍNICOS	15
7. LAS ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN: LA TEORÍA DE LA AUTOCONCIENCIA.	16
8. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: EL CASO DE MARIO	18
9. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: CLASIFICACIÓN	19
10. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: ALUCINACIONES Y VARIANTES DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA.....	21
11. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS AMNESIAS.....	22
12. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS DISTORSIONES DE LA MEMORIA	23
13. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LA CONFABULACIÓN Y LA PSEUDOLOGÍA FANTÁSTICA.....	24
14. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: RESOLUCIÓN DE DOS CASOS.....	25
15. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS DISTORSIONES.....	27
16. LAS ALTERACIONES DE LA FORMA DEL PENSAMIENTO	28
17. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS.....	29
18. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: LOS DELIRIOS	31
19. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: TAREAS PARA PROFUNDIZAR.....	32
20. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LAS AFASIAS Y SUS SÍNTOMAS	33
21. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LAS AFASIAS Y SUS SÍNTOMAS	34
22. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LA DISFEMIA O TARTAMUDEZ	35
23. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE.....	36
24. LAS ALTERACIONES DE LA IDENTIDAD: EL CASO LUISA.....	37
25. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO: EL CASO DE AMALIA	38

26. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO: EL CASO DE JUANJO.....	43
27. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO.....	48
28. LAS ALTERACIONES MOTORAS Y DE LA CONDUCTA INTENCIONAL: DIFERENCIANDO IMPULSOS Y COMPULSIONES.....	51
29. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: EL CASO MATEO: EJEMPLO DE UN CASO CLÍNICO RESUELTO.....	52
30. RECOPIACIÓN DE CASOS CLÍNICOS ASOCIADOS A DIFERENTES TRASTORNOS MENTALES.....	55
31. LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS: LA CLEPTOMANÍA Y EL JUEGO PATOLÓGICO.....	82
32. LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y SOMATOFORMES: LA HIPOCONDRIA... 84	
33. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES	85
34. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: REVISIÓN DE CONCEPTOS.....	86
35. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA	88
36. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	90
37. VISIONADO DE PELÍCULAS.....	94

1. DESCRIPCIÓN DE ESTE MATERIAL

En este cuaderno se incluyen Actividades de apoyo para la asignatura de Psicopatología del Grado de Psicología de la Universitat de València. Este material puede emplearse también para la realización de Actividades prácticas en la asignatura de Psicopatología aplicada a la Logopedia del Grado de Logopedia de la Universitat de València.

Consideramos que la realización de actividades por parte del alumnado, tanto en casa como en el aula, es un elemento esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje. Estas actividades han sido diseñadas para facilitar que el alumno esté más atento y activo en el aula; permitir que se elaboren los contenidos propuestos en la asignatura, y se alcancen niveles de procesamiento más profundos. Facilitando de este modo que el alumnado alcance los resultados de aprendizaje previstos en la asignatura de Psicopatología.

Cada apartado incluye una actividad en la que se describe el objetivo de la actividad, así como las instrucciones y material que puede emplearse de apoyo para su realización.

Estas actividades han sido planteadas para corregirse en el aula.

Valencia, Julio de 2016

2. LOS CRITERIOS EMPLEADOS EN PSICOPATOLOGÍA

Objetivo de la actividad. La actividad se emplea para introducir los criterios que se emplean para definir lo psicopatológico a través de la descripción de situaciones similares a la realidad, así como para facilitar la discusión sobre los mismos y sobre el concepto de “anormalidad”.

Instrucciones. Lee cada uno de los cinco casos que aparecen a continuación y trata de responder a las siguientes preguntas: ¿Podríamos considerar estas conductas como anormales? ¿Qué criterios utiliza cada uno de los protagonistas para decidir que la situación problema que se describe no es normal?.

Esta actividad se puede hacer en grupos de 2-3 personas, y se discutirá en clase.

Caso 1. Luis se ha mudado hace poco y tiene como vecina de rellano a Antonia, una mujer mayor que vive sola. Luis ha observado que ella nunca saluda espontáneamente: solo responde un breve “hola” cuando él la saluda y, aun así, lo hace sin mirarle o baja la mirada y pasa corriendo. También se ha dado cuenta de que cuando le ve por la calle, cambia de acera, retrasa su marcha, y se inventa excusas cuando coinciden en la espera del ascensor, de manera que nunca sube o baja con él. Los otros vecinos le han dicho que es una mujer muy poco sociable, que nunca la visita nadie, que tiene muy mal genio, que protesta por todo y que en las reuniones de vecinos siempre acaba recriminándole a alguien alguna cosa, y que no se lleva bien con nadie. Por todo eso, piensa que Antonia es una mujer muy rara, que le debe pasar algo anormal, y con la que mejor es no enfrentarse por si acaso

CRITERIO/S

Caso 2. María es secretaria ejecutiva de una empresa de importación-exportación. Tiene dos hijos, está casada, y vive en un barrio agradable y tranquilo, sin apuros económicos ni problemas especiales. Desde hace un par de meses se siente triste y le parece que ha perdido interés por muchas cosas que antes le importaban. A veces le sobreviene una sensación muy fuerte de desánimo y le asaltan las lágrimas. Pese a todo, se esfuerza por seguir con su vida normal, cumple bien con su trabajo, y atiende con normalidad sus obligaciones familiares.

CRITERIO/S

Caso 3. Pedro es un médico de prestigio reconocido. Como consecuencia de un accidente, sufrió un traumatismo craneo-encefálico con hemorragia intracraneal. Estuvo en coma durante un mes, ingresado en una UVI. Cuando salió del coma, tenía problemas de comprensión y memoria: le costaba expresarse, no entendía bien lo que se le decía, tenía lagunas de memoria y dificultades para retener información nueva. Luego de 12 meses de intensa rehabilitación neuro-psicológica, recuperó su capacidad de hablar y comprender,

y paulatinamente fue recuperando todas sus funciones cognitivas, hasta alcanzar un nivel similar al que tenía antes del accidente. No obstante, se quejaba de no encontrarse como antes, y en ocasiones se sentía triste y con miedo a emprender actividades nuevas por si fracasaba

CRITERIO/S

Caso 4. Mario es un adolescente que desde pequeño ha tenido dificultades para seguir con normalidad el progreso escolar: en la actualidad está en un curso dos veces inferior al que le correspondería por edad. Sin embargo, eso no le ha impedido ser un chico “respetado” en la escuela por sus compañeros: de hecho, es algo así como el líder de un grupo que ha sido reprendido en varias ocasiones por el Consejo Escolar, llegando incluso a estar expulsado como castigo durante cortos periodos, por sus comportamientos agresivos y dominantes. La última vez que fue expulsado, había producido una quemadura grave en una mano a un chico más pequeño, utilizando una vela en el laboratorio de química.

CRITERIO/S

Caso 5. Ana ganó unas oposiciones de maestra y fue destinada hace un año a un pueblo pequeño, al que es difícil acceder por sus malas comunicaciones, así que durante la mayor parte del curso tiene muy pocos habitantes. La gente del pueblo la acogió con mucha amabilidad, y la han invitado muchas veces a comer o cenar en sus casas. Durante las Fiestas de la Virgen, patrona del pueblo, fue invitada a presidir junto con las autoridades (el alcalde, el párroco y el jefe del cuartel de la Guardia Civil) la procesión principal. Sin embargo, toda esa amabilidad ha desaparecido poco a poco. La semana pasada la APA comarcal pidió una inspección y exigió la sustitución de Ana por presentar evidencias de trastorno mental. Alegan que se comporta de manera inadecuada con los niños: no mantiene la disciplina, les deja decir palabrotas (que ella dice también), viste de manera provocativa, y habla de cosas extrañas, como por ejemplo que no existe el infierno o que faltar a Misa los domingos no es pecado, que para ir al cielo, si es que existe, no es necesario ser cristiano practicante, etc.

CRITERIO/S

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008) Conceptos y modelos en psicopatología (pág., 34-41). En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Dir.) *Manual de Psicopatología*. (Vol I). Madrid: McGraw-Hill.

3. HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como finalidad revisar los diferentes momentos históricos relevantes en la conceptualización de la psicopatología a través del caso de la esquizofrenia.

Instrucciones: Visualiza el siguiente fragmento (10 minutos de duración) del documental “El Misterio de la Esquizofrenia” (La noche Temática, TVE2) sobre la esquizofrenia. Relaciona cada uno de los momentos que aparecen descritos con la evolución histórica del concepto de lo psicopatológico.

Enlace del vídeo:

<http://www.youtube.com/watch?v=Ygvk1xwsvAk&feature=related>

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). Conducta anormal en el contexto histórico. En D.H. Barlow y V.M. Durand. *Psicopatología*. Madrid: Thomson.

Coto, E., Gómez-Fontanil, Y. y Belloch, A. (2008) Historia de la Psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Maher, W. y Maher, B. (2014) Un esbozo de la historia de la psicopatología. En V. Caballo, I. C. Salazar, y J. A. Carrobles (Dir.). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide (2ª edición).

4. GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA O EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

A continuación se incluye una guía para realizar una historia clínica o exploración psicopatológica que te puede servir de apoyo para la asignatura.

1. HISTORIA PROPIAMENTE DICHA

- Datos de identificación del paciente
 - Edad, nacionalidad, estado civil, nivel estudios, religión, profesión, situación laboral actual, apoyo familiar, apoyo social
- Datos del referente (quién es) y motivo de referencia o derivación
- Queja o motivo de consulta (según el paciente)
- Descripción del problema actual (según el evaluador)
- Historia y evolución del problema actual: Cuadro cronológico y comprensivo del problema del paciente.
- Interferencia/ consecuencias del problema actual en la vida diaria
- Tratamientos para el problema actual
 - Tratamientos seguidos anteriormente para el problema actual y eficacia de los mismos
 - Tratamientos actuales para el problema actual
- Problemas mentales anteriores y tratamientos: descripción de cualquier contacto previo con salud mental (psiquiátricos, psicológicos, de otro tipo).
 - Problemas mentales anteriores.
 - Tratamientos y eficacia de los mismos para tratarlos
- Historial médico: enfermedades, traumatismos u operaciones que hayan sido relevantes o que tengan alguna relación con el problema actual o su tratamiento. Explorar también el uso de sustancias (legales e ilegales).
- Información biográfica relevante (historia personal; psicobiografía; línea de vida). Se realiza con el objetivo de conocer a la persona (no al problema), destacar los acontecimientos vitales importantes en el desarrollo del individuo. Indagar aquellas áreas y aspectos de las mismas que se supone pueden ayudar a clarificar problemas presentes, hipótesis. Sólo recoger la información estrictamente necesaria, por ejemplo en relación a la historia familiar, académica, laboral o relaciones sexuales.
- Antecedentes familiares
 - Enfermedades orgánicas
 - Trastornos mentales
- Personalidad premórbida (previa al inicio del problema)

2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (EEM) O PSICOPATOGRAMA. Análisis del estado mental actual de la persona (exploración transversal). Podemos seguir este esquema:

- Apariencia, comportamiento en la entrevista y conciencia enfermedad
- Conciencia, alerta, orientación
- Atención
- Memoria
- Percepción e imágenes mentales
- Forma del pensamiento, lenguaje y habla
- Contenido del pensamiento

- Conciencia de sí mismo, identidad
- Afectos y emociones
- Actividad motora y conducta intencional
- Funciones fisiológicas: alimentación, sueño, sexo
- Capacidad intelectual / cognitiva
- Área social y relaciones interpersonales
- Reacción del examinador

3. OTROS ESTUDIOS ADICIONALES: resultados de la exploración psicológica y física (en su caso). Por ejemplo, incluir información sobre pruebas psicológicas y físicas.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO. En este apartado se pasa de la descripción a la interpretación, se tratará de responder a las siguientes cuestiones:

- Por qué/ Para qué: factores predisponentes, precipitantes, y mantenedores del problema
- Diagnóstico clínico: categorial y diferencial
- Propuesta terapéutica: planificación, áreas tratables y cómo, objetivos y metas, seguimientos, etc.
- Pronóstico: curso probable / esperable según el tratamiento, factores que pueden dificultar o favorecer (por ej., apoyo social, coterapeutas)

5. INFORMES PSICOLÓGICO (en su caso)

6. NOTAS DEL PROGRESO

7. NOTAS DE LOS SEGUIMIENTOS.

Este material ha sido elaborado a partir de diversas fuentes, entre ellas:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis (pág., 15-33)

Munárriz, M., García-Portilla, P., y Roca, M. (Coord.) (2009) *Manual del residente de psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría, y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/publicaciones/libros/15> (pág., 187-200).

5. LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es que el alumno trabaje de forma autónoma las características y evolución de los actuales sistemas de clasificación psiquiátrica, y se familiarice con las versiones más recientes de los mismos. Se ofrecen una serie de referencias que puede emplear para la preparación del tema. Esta actividad facilita el trabajo autónomo, y el contacto con fuentes diferentes al material de referencia.

Instrucciones. Responde a las preguntas que se listan a continuación. Más abajo tienes referencias a las que puedes acudir para responder a las preguntas.

1. ¿Qué es un sistema de clasificación? ¿Cuál es el objetivo principal de los sistemas de clasificación psiquiátrica?
2. Enumera y describe brevemente las funciones/utilidades de los sistemas de clasificación en psicopatología.
3. Enumera y describe brevemente las críticas más importantes que se han realizado a las clasificaciones psiquiátricas
4. ¿Cuáles son los principales sistemas de clasificación en psicopatología? ¿Quién los ha propuesto (qué organizaciones/ asociaciones)? ¿Cuántas versiones ha habido? ¿Cuál es la versión más reciente? ¿En qué año se publicó?
5. ¿Qué quiere decir que los manuales diagnósticos siguen modelos categoriales? ¿Cuál es la diferencia con los modelos dimensionales?
6. ¿Qué características tienen los sistemas de clasificación? ¿A qué tipo de clasificación pertenecen? ¿Son categoriales o dimensionales? ¿Son clasificaciones clásicas o prototípicas? ¿Tienen una estructura jerárquica u horizontal?
7. Integra las ventajas y críticas que ha recibido el DSM-5 leyendo los artículos referenciados más abajo.
8. ¿Qué alternativas se han propuesto a los sistemas de clasificación psiquiátrica?
9. Define: taxonomía, clasificación, nosología, diagnóstico

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Lemos, S. (2008) Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255–286.

Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014) Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carrobes, (Dirs). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Noticias sobre ventajas y críticas al DSM-5 disponibles en:

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4575

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4586

6. EXPLORANDO LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: FRAGMENTOS DE CASOS CLÍNICOS

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es identificar, analizar, y diferenciar entre las alteraciones de los diferentes procesos psicológicos. La resolución de esta actividad permite al alumno ver el sentido práctico de la psicopatología, acercarse a su quehacer como profesional de la psicología, aplicar los conocimientos teóricos expuestos en el aula, y practicar el proceso de identificación de las alteraciones de los procesos estudiados en el tema.

Instrucciones. Acude al Cuaderno de Psicopatología (en Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract36.pdf>), e indica en cada caso que alteración/-es se observan. En el siguiente cuadro aparecen agrupados los números de casos junto a los procesos psicológicos que se suponen alterados:

Alteraciones de la atención	Casos 1-8
Alteraciones de la percepción	Casos 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23-29
Alteraciones de la imaginación	Casos 30-46
Alteraciones de la memoria	Casos del 47 al 58
Alteraciones del pensamiento	Casos del 59-71
Alteraciones de la identidad	Casos del 72 - 75
Alteraciones de los afectos y emociones	Casos 76 - 82
Alteraciones motoras y de la conducta intencional	Casos 57, 71, 76 - 82

Nota. Los números de caso hacen referencia a las descripciones de casos incluidas en el Cuaderno de prácticas de Psicopatología: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract36.pdf>

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

7. LAS ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN: LA TEORÍA DE LA AUTOCONCIENCIA.

Objetivo de la actividad. Esta tarea se ha diseñado con el objetivo de facilitar que el alumno esté activo y atento y facilitar su comprensión de la teoría de la autoconciencia. La actividad exige al alumno (1) conocer y comprender la teoría de la autoconciencia de Pyszczynsky y Greenberg (1987), (2) analizar un caso clínico, (3) aplicar la teoría de la autoconciencia para explicar un caso práctico.

Instrucciones. Leer el caso que aparece a continuación y completar el esquema de la teoría de la autoconciencia que aparece más abajo.

Caso. “Cuando mi mujer me dejó se me cayó el mundo encima, ... No tenía ánimos para nada, no era capaz de hacer nada ... pasaba las horas tirado en el sofá, solo, sin lavarme, sin afeitarme, comiendo lo que había por casa, ... también me bebí todo lo que encontré, hasta las botellitas esas pequeñas de los hoteles,...perdí el trabajo...no entendía nada.. Empecé a darle vueltas a mi comportamiento en los últimos meses... y el resultado fue que me sentí despreciable, yo era el culpable de todo, no había sido capaz de darme cuenta de que ella me necesitaba y yo no estaba allí... todo era más importante que mi mujer: el trabajo, los amigos, el dinero.... ¿cómo había podido ser tan mezquino, tan estúpido, tan egoísta...? ... Nunca más encontraré a nadie como ella,... estoy definitivamente acabado, castrado para el amor, me moriré solo... ya ni eso me importa...”

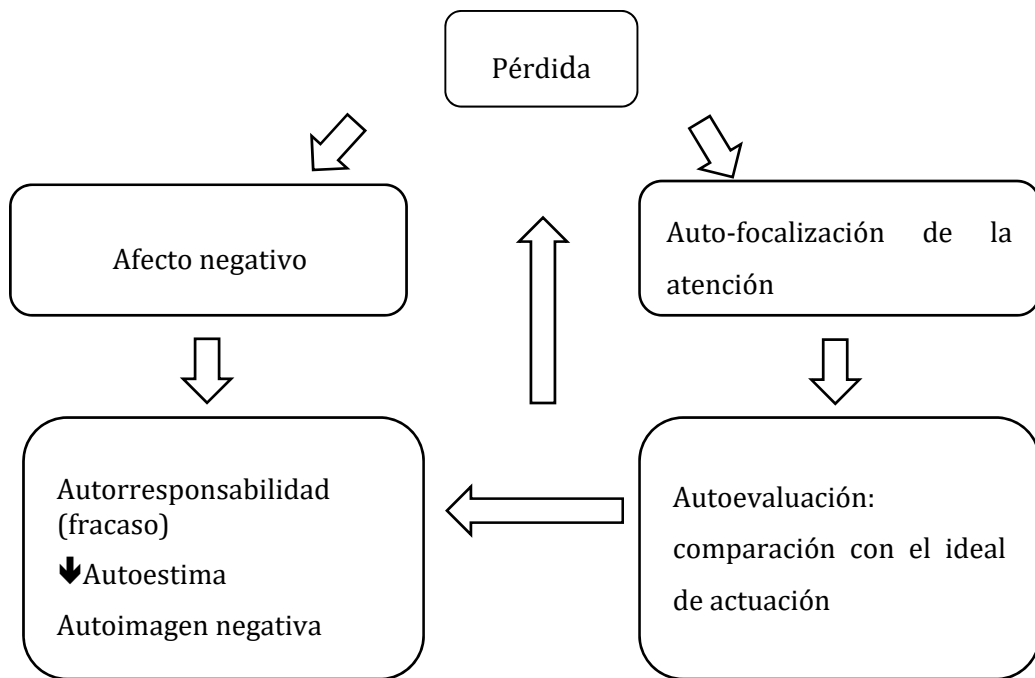
Fuente. Caso 9 en Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). Psicopatología. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract36.pdf>

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

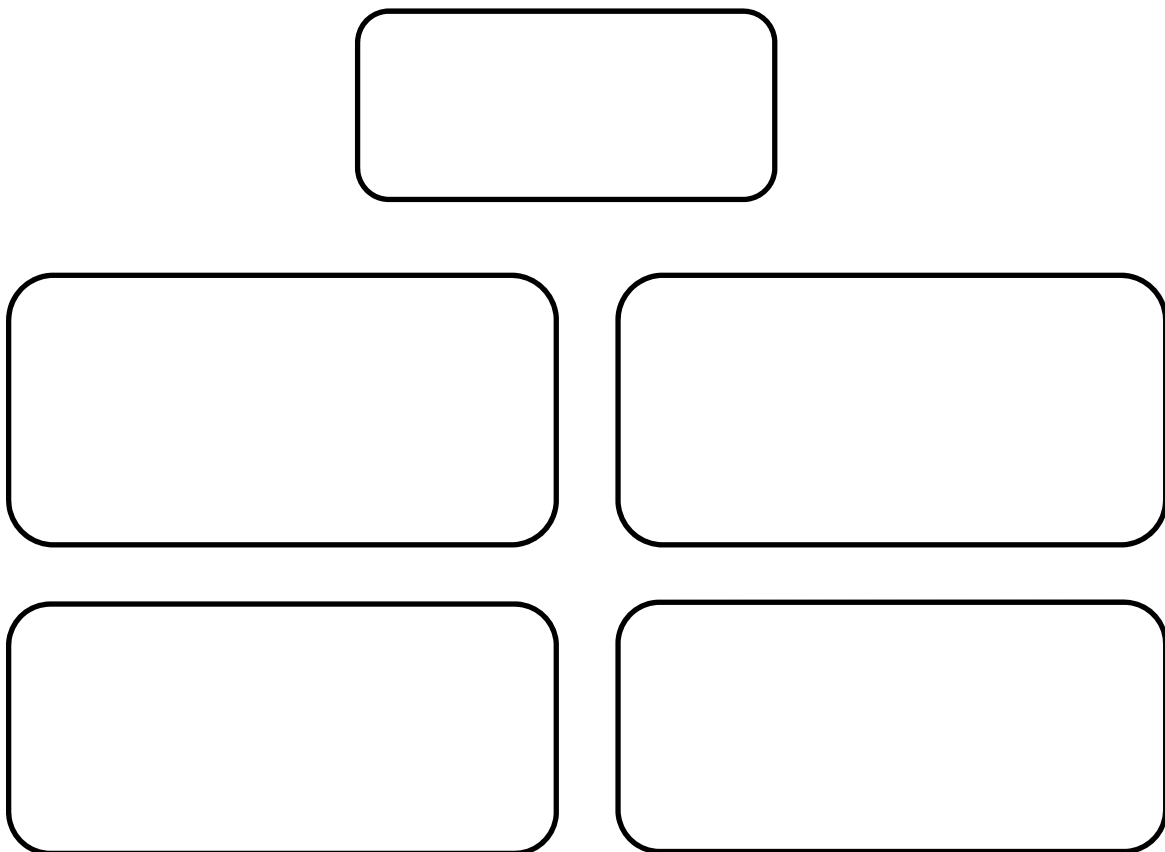
Baños, R, y Belloch, A. (2008) Psicopatología de la atención. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana. (pág., 131)

Pyszczynsky, T., y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.

Esquema:



Esquema a completar:



8. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: EL CASO DE MARIO

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es que el estudiante aplique a un caso clínico conceptos explicados en clase en relación a las alteraciones de la percepción. La actividad pretende facilitar la comprensión de estas alteraciones, y exige que el estudiante compare diferentes conceptos presentados en clase y aplique los mismos a un caso clínico elaborando diferentes posibilidades.

Instrucciones. Lee el siguiente caso y responde a las preguntas que aparecen a continuación.

Caso. Mario tiene 85 años y una larga historia de problemas cardiovasculares, agravado esta semana por un proceso de gripe. Ayer se despertó escuchando música de cuando era joven, sin embargo, la radio estaba apagada. La música era clara y totalmente reconocible, pero Mario sabía que la radio estaba apagada, y que estaba “escuchando cosas”. No presenta otra psicopatología.

Caso modificado a partir del caso 10.1 de Taylor, M.A. y Vaidya, N.A. (2009). *Descriptive psychopathology. The signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge: Cambridge University Press (pág., 257)

Indica qué tipo de alteración presenta Mario:

Alucinación auditiva

Pseudoalucinación auditiva

Pseudopercepción (por ej., imagen mnésica, hipnopómpica, hipnagógica)

Justifica qué alteración que presenta y por qué no se trata de otro tipo de alteración.

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Belloch, A., Baños, R. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la percepción y la imaginación. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

9. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: CLASIFICACIÓN

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo comprobar el grado en que los estudiantes están comprendiendo las diferencias entre las alteraciones de la percepción y de la imaginación, y facilitar que elaboren la información expuesta en clase.

Instrucciones. Completa el esquema que aparece en la página siguiente.

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Belloch, A., Baños, R. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la percepción y la imaginación. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana

Alteraciones de la percepción:

D _____

Alteraciones de la imaginación:

E _____

Percepción distorsionada de un estímulo existente

Experiencia perceptiva nueva, no basada en un estímulo existente

Intensidad

Cualidad

Tamaño

Forma

Tamaño &
Forma

Integración

Ilusiones

*Tipos según
complejidad:*

*Tipos según modalidad
sensorial:*

**Variantes de la
experiencia
alucinatoria:**

Tipos asociados a:

Sueño/ vigilia:

Daño orgánico:

Memoria:

**Sensación/
percepción:**

En función de:

**Estímulo activador
presente:**

**Estímulo activador
ausente:**

10. LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DE LA IMAGINACIÓN: ALUCINACIONES Y VARIANTES DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA.

Objetivo de la actividad. Que el alumno compare, relacione y elabore las características de las alucinaciones y variantes de la experiencia alucinatoria que se han expuesto en clase, y diferencie estas alteraciones de las distorsiones.

Instrucciones. Responde a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la diferencia entre una alucinación funcional y una distorsión?

¿Cuál es la diferencia entre una alucinación refleja y la sinestesia?

¿Cuál es la diferencia entre una alucinación extracampina y la sensación de presencia?

¿Cuál es diferencia entre una macropsia y una alucinación gulliveriana?

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Belloch, A., Baños, R. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la percepción y la imaginación. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

11. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS AMNESIAS

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo facilitar la elaboración de la información en relación a las alteraciones de la memoria, así como ilustrar con ejemplos prácticos los conceptos revisados a nivel teórico.

Instrucciones. Tras visualizar los dos vídeos que describen dos casos clínicos, responde a las preguntas que aparecen a continuación.

Caso 1. El caso de Jeremy

Enlace al video (6 minutos de duración):

http://www.dailymotion.com/video/x9d1mi_amnesia-anterograda-jeremy_school#rel-page-7

¿Qué le ocurre a Jeremy? ¿Cuáles son las características de su memoria? ¿Cuál es la causa?

Caso 2. El caso de C. Wearing

Enlace al video (6 minutos de duración):

http://www.dailymotion.com/video/x7gom0_amnesia-severa-clive-wearing_school#rel-page-8

¿Qué características tiene la memoria de C. Wearing? Ilústralo con ejemplos extraídos del caso.

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Diges, M. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la memoria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

12. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS DISTORSIONES DE LA MEMORIA

Objetivo de la actividad. Esta tarea tiene por objetivo facilitar la comprensión de las distorsiones de la memoria, exige que el alumno compare diferentes alteraciones de la memoria.

Instrucciones. Indica cuales son las semejanzas y diferencias entre la criptomnesia, deja vú, jamas vú, paramnesia reduplicativa e ilusión de Sosías. Elabora un esquema explicativo o emplea el siguiente esquema:

	Criptomnesia	Deja vú	Jamás vú	Paramnesia reduplicativa	Ilusión de Sosías/Síndrome de Capgras
Proceso psicológico alterado					
Falso reconocimiento ¿positivo o negativo?					
Descripción					
¿Patológico? si/no					
Población en la que se da con mayor frecuencia:					
¿Población general? si/no					
¿En qué trastornos mentales se observa?					

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Diges, M. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la memoria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

13. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LA CONFABULACIÓN Y LA PSEUDOLOGÍA FANTÁSTICA

Objetivo de la actividad. Esta tarea tiene por objetivo que el alumno elabore y compare las definiciones y características clínicas de dos distorsiones de la memoria: la confabulación y la pseudología fantástica.

Instrucciones. Responde a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la diferencia entre la pseudología fantástica y la confabulación? Para responder puedes utilizar el siguiente esquema:

	PSEUDOLOGÍA FANTÁSTICA o MENTIR PATOLÓGICO
CONFABULACIÓN	
	<i>Por ej., fabrica recuerdos</i>
Definición: ¿qué hace?	
Principales características	
	<i>Por ej., para rellenar lagunas mnésicas</i>
Objetivo	
¿Por qué lo hace?	
¿Tiene la intención de mentir?	
Incluye un ejemplo	
¿En qué patologías se observa?	

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Diges, M. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la memoria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

14. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: RESOLUCIÓN DE DOS CASOS

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene por objetivo que los alumnos elaboren la información expuesta en relación a las alteraciones de la memoria. Y exige al estudiante la formulación de diferentes hipótesis.

Instrucciones. Lee los dos casos que se presentan a continuación y responde a las preguntas que se realizan sobre los mismos. Los fragmentos de casos pertenecen al caso 56 en Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract36.pdf>.

Caso 1. “El paciente dice: “¿Podría decirme quién es esa señora? Dice que es mi esposa, pero yo no la conozco de nada”.

Responde a las siguientes preguntas planteándote diferentes alternativas:

- ¿Qué proceso psicológico podría estar alterado?
- ¿A qué alteración podría hacer referencia? ¿Por qué?
- ¿Qué información necesitaríamos conocer para poder identificar la alteración?

Puedes seguir el siguiente esquema (puedes añadir columnas):

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
¿Qué proceso psicológico podría estar alterado?			
¿A qué alteración podría hacer referencia?			
¿Por qué?			
¿Qué información necesitaríamos conocer para poder identificar la alteración?			

Caso 2. “A veces, cuando se está lavando los dientes, se pone a gritar horrorizado. Dice que hay alguien delante (en el espejo) que hace sus mismos movimientos”

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué proceso psicológico podría estar alterado?
- ¿A qué alteración podría hacer referencia?
- ¿Qué diferencias hay entre lo que ocurre en este caso, el fenómeno del doble o autoscopia, y la autoscopia negativa?
- ¿En qué situación podríamos considerarlo un fenómeno del doble?
- ¿Y una autoscopia negativa?

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Baños, R. y Belloch, A. (2008) Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana

Diges, M. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la memoria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

15. LAS ALTERACIONES DE LA MEMORIA: LAS DISTORSIONES

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo facilitar la elaboración de la información en relación a las alteraciones de la memoria, así como ilustrar con ejemplos prácticos los conceptos revisados a nivel teórico.

Instrucciones. Tras visualizar el vídeo, indica qué le ocurre al protagonista y cuál es la causa.

Enlace al video (3 minutos de duración):

http://www.youtube.com/watch?v=4_apZnteUIM

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Diges, M. y Perpiñá, C. (2008) Psicopatología de la memoria. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Politis, M., & Loane, C. (2012). Reduplicative paramnesia: a review. *Psychopathology*, 45(6), 337-43.

16. LAS ALTERACIONES DE LA FORMA DEL PENSAMIENTO

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo facilitar la elaboración de la información en relación a las alteraciones de la forma del pensamiento.

Instrucciones. Relaciona con una flecha las definiciones con el término al que se asocian.

Alteración formal del pensamiento	Definición
INCOHERENCIA	La anormalidad se da entre frases o ideas
DESCARRILAMIENTO	La anormalidad se da a nivel de la frase
CIRCUNSTANCIALIDAD	Poca información: vago, muy abstracto o muy concreto
POBREZA CONTENIDO	Discurso indirecto con muchos detalles irrelevantes, información excesiva
PÉRDIDA DE META	Se llega a una conclusión que no resulta lógicamente o que no se sigue de las premisas
ILOGICIDAD	La persona no es capaz de llegar a una conclusión Contradicciones internas del discurso: las conclusiones no se siguen de las premisas Fracaso en seguir la cadena de ideas hasta la conclusión
BLOQUEO	Observamos durante una entrevista con Juan que durante su discurso, se para en medio de una frase, y parece que no sabe por dónde continuar, que ha perdido el hilo de lo que estaba diciendo
HABLA DISTRAÍDA	Observamos durante una entrevista con Juan que durante su discurso, se para en medio de una frase, y cambia de tema porque centra la atención en un estímulo/ idea diferente

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Andreasen, N. C. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482. Disponible en: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/12/3/473.full.pdf>

Gómez-Fontanil, Y. y Coto, E. (2008) Psicopatología del pensamiento (I): los trastornos formales del pensamiento. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

17. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Objetivo de la actividad. Esta tarea tiene por objetivo que el alumno elabore y compare información que se ha dado en clase sobre las alteraciones del contenido del pensamiento. Además exige que deduzca relaciones y busque información en otras fuentes. Esta actividad se empleará para exponer con mayor profundidad las características diferenciales entre las diferentes alteraciones del contenido del pensamiento, sirve también como material de estudio para el alumno.

Instrucciones. Completa el siguiente esquema respondiendo a las preguntas que se hacen en la primera columna respecto a cada una de las alteraciones del pensamiento (ideas sobrevaloradas, ideas obsesivas, preocupaciones, pensamientos automáticos negativos, pensamiento mágico).

	IDEAS SOBREVALORADAS	IDEAS OBSESIVAS	PREOCUPACIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS	PENSAMIENTO MÁGICO
Describe la forma de esta forma de pensamiento: creencia, cadena de pensamientos ...					
La presentación del pensamiento ¿es intrusa?					
¿Interrumpe el flujo del pensamiento?					
¿Es accesible a la consciencia?					
Contenido del pensamiento: ¿la persona lo valora como plausible? ¿cuál es el grado de convicción?					

Contenido del
pensamiento:
¿resulta
egodistónico?
¿egosintónico?

¿Le preocupa el
pensamiento? ¿Por
qué?

¿Tiene sensación de
incontrolabilidad?

¿Lucha por no tener
el pensamiento?

Indica el
trastorno/s
mental/es donde se
da de forma más
frecuente

Otras
características

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Baños, R. y Belloch, A. (2008) Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Gómez-Fontanil, Y. y Coto, E. (2008) Psicopatología del pensamiento (I): los trastornos formales del pensamiento. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

López, J. M., & Molins, F. (2011). Overvalued ideas: psychopathologic issues. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 74–78. Disponible en: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/69/ESP/13-69-ESP-70-74-474141.pdf>

Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 383–400. doi:10.1016/S0005-7967(01)00016-X. Disponible en: <http://veale.co.uk/Pdf/Over-valued%20ideas.pdf>

18. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: LOS DELIRIOS

Objetivo de la actividad. Esta tarea tiene por objetivo que el alumno analice y compare diferentes definiciones de delirios, y que derive las dimensiones que se han empleado para definirlos. De este modo se facilita la exposición y discusión sobre las dimensiones de los delirios en el aula. Los alumnos analizan en qué se parecen y diferencian las definiciones de diferentes autores clásicos. Esta actividad exige a los alumnos que acudan al material de referencia para consultar dichas definiciones.

Instrucciones. A partir de las definiciones que dan de los delirios los siguientes autores: Jaspers (1975), Mullen (1979), Oltmanns (1988) y el DSM-5 (2014), plantea qué aspectos comparten estas definiciones. Puedes ayudarte del siguiente esquema (puedes añadir filas). En la última columna propón una etiqueta para estos elementos compartidos.

JASPERS	MULLEN	OLTMANNNS	DSM-5	<i>Mi etiqueta</i>

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

APA (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Baños, R. y Belloch, A. (2008) Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

19. LAS ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: TAREAS PARA PROFUNDIZAR

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es familiarizar al alumno con artículos científicos de casos clínicos, con la complejidad del estudio psicopatológico, ayudarle a profundizar en las alteraciones del pensamiento, y practicar con los análisis de casos.

Instrucciones. Tras leer el caso clínico realiza un psicopatograma del mismo, y reflexiona sobre las alteraciones del pensamiento.

Caso clínico disponible en: López, J. M., & Molins, F. (2011). Overvalued ideas: psychopathologic issues. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 74–78. Disponible en: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/69/ESP/13-69-ESP-70-74-474141.pdf>

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Gómez-Fontanil, Y. y Coto, E. (2008) Psicopatología del pensamiento (I): los trastornos formales del pensamiento. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 383–400. doi:10.1016/S0005-7967(01)00016-X. Disponible en: <http://veale.co.uk/Pdf/Over-valued%20ideas.pdf>

20. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LAS AFASIAS Y SUS SÍNTOMAS

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo activar conocimientos previos de los alumnos, e introducir los conceptos que se explicarán a continuación en el aula.

Instrucciones. Visualiza el siguiente vídeo (5 minutos de duración), y responde a las siguientes preguntas en función de tus conocimientos previos, y la información que puedas extraer del vídeo:

- ¿Qué son las afasias?
- ¿Qué síntomas pueden observarse en una afasia (sin distinguir entre tipos de afasia)?

Enlace del vídeo: http://www.dailymotion.com/video/xxg01r_afasia-tengo-el-cerebro-roto_school

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Ramos, F. y Manga, D. (2008) Psicopatología del lenguaje. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

21. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LAS AFASIAS Y SUS SÍNTOMAS

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo activar conocimientos previos de los alumnos, e introducir los conceptos que se explicarán a continuación en el aula.

Instrucciones. Visualiza los dos vídeos siguientes (6 minutos de duración), y define los síntomas principales de cada tipo de afasia diferenciando entre las alteraciones del habla y de la comprensión.

Enlace de los vídeos:

Vídeo 1 <http://www.youtube.com/watch?v=1aplTvEQ6ew&feature=fvwrel>

Vídeo 2 <http://www.youtube.com/watch?v=CRjxavfC3zI&feature=related>

Vídeo 1	Vídeo 2
ALTERACIONES DEL HABLA	
ALTERACIONES DE LA COMPRENSIÓN	

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Ramos, F. y Manga, D. (2008) Psicopatología del lenguaje. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

22. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE: LA DISFEMIA O TARTAMUDEZ

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo activar conocimientos previos de los alumnos, e introducir los conceptos que se explicarán a continuación en el aula.

Instrucciones. Visualiza el vídeo siguiente (4 minutos de duración), y describe los principales síntomas de la tartamudez:

Enlace del vídeo: http://www.dailymotion.com/video/xhxytj_cerebro-tartamudo-investigacion-cientifica_school

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Ramos, F. y Manga, D. (2008) Psicopatología del lenguaje. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol. I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Enlace al documental completo:

http://www.youtube.com/watch?v=_eq8thGDbk&feature=related

23. LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE

Objetivo de la actividad. Esta tarea tiene por objetivo que el alumno elabore y compare las características de las alteraciones del lenguaje.

Instrucciones. Relaciona con una flecha las definiciones con el término al que se asocian.

Alteración formal del pensamiento	Definición
PARAFASIA	Dificultad para encadenar palabras en frases utilizando las reglas gramaticales.
TARTAMUDEZ O DISFEMIA	Producción no intencional o sustitución de palabras, letras o sílabas, por otras.
MUTISMO	Alteración del ritmo y fluidez del habla, bloqueo o repetición de las sílabas iniciales de las palabras.
AGRAMATISMO	Dificultad para encontrar y/o buscar palabras que designen objetos o personas, palabras con <i>contenido</i> .
ANOMIA	Fallo persistente en el habla pese a la capacidad para hablar.

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Ramos, F. y Manga, D. (2008) Psicopatología del lenguaje. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

24. LAS ALTERACIONES DE LA IDENTIDAD: EL CASO LUISA

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es guiar al alumno en la identificación de las alteraciones de la identidad, y que aplique los conocimientos adquiridos en relación a estas alteraciones.

Instrucciones. Lee el siguiente caso e identifica las alteraciones de la identidad que presenta completando el esquema que aparece más abajo.

Caso. Luisa, profesora de baile desde hace 15 años, describe que cuando está en clase de danza moderna a menudo le ocurre algo que define como “aterrador”: “Me coloco al frente de la clase y me concentro. Luego, cuando estoy haciendo la demostración de los pasos, siento como si no fuera yo en realidad y como si no tuviera el control de mis piernas, a veces me da la sensación de estar parada detrás de mí observando. Además, tengo visión en túnel. Es como si solo pudiera ver en un espacio estrecho justo delante de mí y me siento totalmente al margen de lo que sucede a mi alrededor. Después comienzo a sentir pánico y sudo y me agito”. Los problemas de Luisa tienen su inicio hace 10 años, a partir de una ocasión en la que consumió hachís, y tuvo la misma sensación horrible que superó con ayuda de sus amigos. Fuente. Este caso ha sido extraído de Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En D.H. Barlow y V.M. Durand, *Psicopatología*. Madrid: Thomson. (pág., 182)

Esquema a completar:

Proceso psicológico afectado	Alteración
“siento como si no fuera yo en realidad”	
“como si no tuviera el control de mis piernas”	
“estar parada detrás de mí observando”	
“tengo visión túnel”	

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Reed. G. (1998). *La psicología de la experiencia anómala*. Valencia: Promolibro.

25. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO: EL CASO DE AMALIA

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es identificar, analizar, diferenciar entre las alteraciones de los procesos psicológicos. La resolución de esta actividad permite al alumno ver el sentido práctico de la psicopatología, acercarse a su quehacer como profesional de la psicología, aplicar los conocimientos teóricos expuestos en el aula, y practicar el proceso de identificación de las alteraciones de los procesos estudiados hasta el momento.

Instrucciones. Resolver el psicopatograma completo del caso de Amalia del Cuaderno de prácticas de Psicopatología (A. Belloch, R. Baños y C. Perpiñá (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en Belloch, A., Barreto, P., Baños, R., Galdón, M.J., García-Soriano, G., González, R., Montoya, I., Pérez, M.A., y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319 pract36.pdf>) indicando las líneas donde aparece cada alteración. Puedes guiarte del esquema que se incluye a continuación. Más adelante se incluye la resolución del caso para que puedas corregir tu psicopatograma.

Caso Amalia. “Amalia tiene 21 años, es soltera, hija única y vive con sus padres. Estudia Económicas y trabaja ocasionalmente en un supermercado. El primer episodio de enfermedad lo presentó a los 16 años, cuando estudiaba 3º de BUP con buen rendimiento. Estudiaba con becas y el nivel económico de sus padres era muy humilde. Ellos la describen como amable, simpática, afectuosa, responsable, trabajadora y muy sensible a las críticas.

Por lo que consta en la historia, el día que recibía la confirmación (a los 16 años) dijo que había visto, cuando estaba en la Iglesia, una luz delante de ella, mientras que todo a su alrededor permanecía a oscuras. Esa experiencia la inquietó mucho, según explicaría después, pero procuró no darle demasiada importancia y no la comentó con nadie por miedo a que pensarán que se había vuelto loca. A los tres días del suceso los padres comenzaron a verla “rara, extraña y nerviosa, excitada”. Decía cosas como que tenía la misión de salvar al mundo y que estaba destinada a una gran misión. La semana siguiente, tras asistir a otro acto religioso en el colegio, volvió muy alterada, hiperactiva, moviéndose de un lado a otro y sin parar de hablar. Decía cosas como que iba a suceder algo terrible, que todo estaba desmoronándose, que había que salir corriendo de la casa, etc... La familia intentó tranquilizarla sin éxito y llamaron al médico de atención primaria quien, luego de examinarla, la remitió al hospital. El psiquiatra de guardia la ingresó pautándole un tratamiento sedativo que la tranquilizó después de una hora aproximadamente.

Después de tres días recibiendo tratamiento parecía hallarse en condiciones de comprender lo que se le decía y fue entrevistada. En la entrevista parecía confusa y su discurso estaba plagado de frases de contenido contradictorio, del estilo siguiente: “tengo que ser más independiente... pero es que todavía soy una niña...”, “debo estudiar más...pero también tengo que divertirme, pero si hago eso puedo perder la beca...” “no tengo edad para depender de mis padres, pero soy estudiante y lo normal es depender de la familia...”

Su actitud era de sorpresa y extrañeza, por ejemplo, se sorprendía al ver que ya era de noche, y no parecía darse cuenta del transcurrir del tiempo. Decía que en ocasiones le parecía oír voces dentro de su cabeza, que solo ella podía escuchar. En ocasiones interpretaba esas voces como un mensaje de amenaza en contra de sus padres o sus amigas y llegaba a creer que podían morir por su culpa. Cuando esto sucedía, entraba en un estado de gran agitación: comenzaba a moverse recorriendo sin parar los pasillos de la sala, gesticulaba mucho, y se golpeaba contra las paredes.

En otros momentos, cuando se calmaba, parecía perpleja y miraba hacia el infinito sin que pareciera percatarse de lo que sucedía a su alrededor. Cuando se le preguntaba cómo se sentía, vacilaba mucho y tras un largo silencio decía “es como si el mundo hubiera cambiado y ya nada es como antes”. Otras veces decía “no sé si soy yo o los demás, pero alguien debe estar loco”. Su discurso era difícil de seguir porque se detenía en mitad de las frases, cambiaba de un tema a otro, en otras ocasiones se quedaba como ensimismada y no era capaz de exponer de forma sintética lo que le ocurría. Entonces decía cosas como “si el mundo está así será porque mañana fue ayer” “nadie sabe qué está por venir ni por no sobrevenirse”, “si preguntas encontrarás la o con un canuto”. Cambiaba bruscamente de humor, pasando de la risa al llanto, sin que esos cambios emocionales tuvieran una relación clara y directa con el contenido de su discurso o con lo que sucedía a su alrededor. En otras ocasiones se comportaba y expresaba como una niña pequeña y había que alimentarla, acompañarla al baño, limpiarla, etc. En general parecía asustada, no dejaba de mirar en todas direcciones, permanecía como en un estado de alerta constante y se comportaba como alguien que está atemorizada. Pidió un cambio de habitación porque decía que las sillas, la ventana, el armario y las cosas que había en la habitación se ponían dentro de ella y no era capaz de distinguir quien era ella y “quienes” las cosas.

Al cabo de quince días su estado mejoró notablemente y se le dio el alta hospitalaria, para seguir a partir de entonces tratamiento ambulatorio. Fue mejorando progresivamente y seis meses después recuperó totalmente su nivel de rendimiento y actividad normales.

No ha vuelto a presentar ninguna recaída hasta el momento en que acude de nuevo al hospital a media mañana, traída por sus padres. Se encuentra en un estado de confusión, con dificultades para expresarse, y respondiendo únicamente con monosílabos a las preguntas del clínico. Los padres relatan que se halla en ese estado desde la noche anterior cuando un sobrino les llamó de madrugada diciendo que acababa de recoger a Amalia y que estaba en su casa, porque la había encontrado deambulando sola por un barrio poco recomendable de una ciudad pequeña, distante unos 20 Km. de su hogar. Cuando le preguntó qué hacía allí, Amalia dijo que no lo sabía. Tampoco pudo explicar cómo había llegado a ese lugar, ni parecía saber dónde estaba, ni tampoco cómo regresar a su casa. No recordaba su nombre y dijo que quizá se llamaba Antonia, pero que no estaba segura.

Amalia había salido de su casa a primeras horas de la mañana para ir a estudiar a la Biblioteca de la Facultad, ya que estaba en período de exámenes y pasaba casi todo el tiempo estudiando sola en su casa o en la Biblioteca. Temiendo que volviera a pasarle lo mismo que unos años antes, los padres la llevaron al hospital. En el momento de la entrevista seguía sin recordar su nombre, no sabía por qué estaba allí, y no reconocía a sus padres, aunque se mostraba tranquila.”

Esquema para la resolución del Caso Amalia:

- Apariencia, comportamiento durante la entrevista y conciencia de enfermedad
- Alteraciones de la conciencia, alerta y orientación
- Alteraciones de la atención
- Alteraciones de la percepción e imaginación
- Alteraciones de la memoria
- Alteraciones de la forma del pensamiento
- Alteraciones del contenido del pensamiento
- Alteraciones de la conciencia de sí mismo: identidad
- Alteraciones de los afectos y emociones
- Alteraciones de la actividad motora y conducta intencional
- Funciones fisiológicas: alimentación, sueño, sexo
- Capacidad intelectual/ cognitiva
- Área social y relaciones interpersonales
- Reacción del examinador

Posible resolución del caso Amalia:

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

- ESTADO CONFUSIONAL (Alteración CUALITATIVA de la conciencia). *“Cuando le preguntó qué hacía allí, Amalia dijo que no lo sabía. Tampoco pudo explicar cómo había llegado a ese lugar, ni parecía saber dónde estaba, ni tampoco cómo regresar a su casa”*

ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

- PERPLEJIDAD: *“perpleja y miraba hacia el infinito sin que pareciera percatarse de lo que sucedía a su alrededor”; “..ensimismada, no era capaz de exponer de forma sintética lo que le ocurría”*
- HIPERVIGILANCIA: *parecía asustada, no dejaba de mirar en todas direcciones, permanecía como en un estado de alerta o vigilancia constantes y tenía miedo.*
- DESORIENTACIÓN TEMPORAL: *“Su actitud era de sorpresa y extrañeza, por ejemplo, se sorprendía al ver que ya era de noche, y no parecía darse cuenta del transcurrir del tiempo”*

ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN E IMAGINACIÓN

- ALUCINACIÓN VISUAL ELEMENTAL: fotopsia, fotoma: *“El día que recibía la confirmación dijo que vio, cuando estaba en la Iglesia, una luz delante de ella, mientras que todo a su alrededor permanecía a oscuras”*

- PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS: “Decía que oía voces dentro de su cabeza que solo ella podía oír. El contenido de las voces era a veces alegre y otras amenazador”

ALTERACIONES DE LA MEMORIA

- AMNESIA PSICÓGENA O DISOCIATIVA. “No recordaba su nombre y dijo que quizá se llamaba Antonia, pero que no estaba segura”; “En el momento de la entrevista seguía sin recordar su nombre, no sabía por qué estaba allí, y no reconocía a sus padres, aunque se mostraba tranquila”
- FUGA DISOCIATIVA “deambulando sola por un barrio poco recomendable de una ciudad pequeña, distante unos 20 Km. de su hogar. Cuando le preguntó qué hacía allí, Amalia dijo que no lo sabía. Tampoco pudo explicar cómo había llegado a ese lugar, ni parecía saber dónde estaba, ni tampoco cómo regresar a su casa.”

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO: FORMA

- PRESIÓN DEL HABLA: “*sin parar de hablar*”.
- PERSEVERACIÓN “tengo que ser más independiente... pero es que todavía soy una niña...” “debo estudiar más...pero también tengo que divertirme, pero si hago eso puedo perder la beca...” “no tengo edad para depender de mis padres, pero soy estudiante y lo normal es depender de la familia...”
- BLOQUEOS “su discurso era difícil de seguir porque se detenía en mitad de las frases”
- PÉRDIDA DE META “cambiaba de un tema a otro”.
- INCOHERENCIA “si el mundo está así será porque mañana fue ayer” “nadie sabe qué está por venir ni por no sobrevenirse”, “si preguntas encontrarás la o con un canuto”
- POBREZA DEL HABLA “dificultades para expresarse... monosílabos”

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO: CONTENIDO

- DELIRIO DE GRANDEZA “*Decía cosas como que tenía la misión de salvar al mundo y que estaba destinada a una gran misión*”
- ATMÓSFERA DELIRANTE: “*iba a suceder algo terrible, que todo estaba desmoronándose, que había que salir corriendo de la casa*”, “*es como si el mundo hubiera cambiado y ya nada es como antes*”.
- DELIRIO DE PERSECUCIÓN O DAÑO “*interpretaba esas voces como un mensaje de amenaza en contra de sus padres o sus amigas y llegaba a creer que podían morir por su culpa*”

ALTERACIONES DE LA IDENTIDAD

- CONFUSIÓN DE LOS LÍMITES DEL SÍ MISMO: “*Pidió un cambio de habitación porque decía que las sillas, la ventana, el armario y las cosas que había en la habitación se ponían dentro de ella y no era capaz de distinguir quien era ella y “quienes” las cosas*”

ALTERACIONES DE LOS AFECTOS Y EMOCIONES

- HIPERTIMIA “Excitada según los padres”
- ANSIEDAD
- LABILIDAD: “Cambiaba bruscamente de humor, pasando de la risa al llanto”
- INCONTINENCIA “pasando de la risa al llanto”
- PARATIMIA “sin que esos cambios emocionales tuvieran una relación clara y directa con el contenido de su discurso. Incluso en ocasiones se comportaba y expresaba como una niña pequeña”

ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD MOTORA Y CONDUCTA INTENCIONAL

- INQUIETUD MOTORA “muy alterada, hiperactiva, moviéndose de un lado a otro”
- AGITACIÓN MOTORA “comenzaba a moverse recorriendo sin parar los pasillos de la sala, gesticulaba mucho, y se golpeaba contra las paredes”

OTROS

- PÉRDIDA DE AUTONOMÍA “niña pequeña y había que alimentarla, acompañarla al baño, limpiarla, etc.”

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

26. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO: EL CASO DE JUANJO

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es identificar, analizar, diferenciar entre las alteraciones de los procesos psicológicos. La resolución de esta actividad permite al alumno ver el sentido práctico de la psicopatología, acercarse a su quehacer como profesional de la psicología, aplicar los conocimientos teóricos expuestos en el aula, y practicar el proceso de identificación de las alteraciones de los procesos estudiados hasta el momento.

Instrucciones. A continuación encontrarás un caso escrito, sobre el que tienes que realizar un psicopatograma completo. Para realizarlo correctamente debes tener en cuenta que hay que indicar con claridad todos los síntomas que encuentres y encuadrarlos en el proceso o función correspondiente (Atención, Percepción, Imaginación, Memoria, Pensamiento (forma y contenido), Lenguaje, Afectos y Emociones, y alteraciones motoras y del comportamiento). En el caso de que haya síntomas que no sean encuadrables en ningún proceso o función, indícalos en un apartado diferente (por ej., Otros síntomas).

Caso Juanjo. Juanjo tiene 25 años y trabaja como administrativo en una oficina de su pueblo natal. Convive con sus padres y una hermana de 17 años. Su principal afición es tocar el clarinete en la banda de música de su pueblo. Su familia lo describe como tranquilo en general, educado, buen hijo y responsable, aunque más bien reservado e introvertido.

En el mes de marzo de 2011 su cuñado le llevó a urgencias del hospital Clínico después de encontrarlo de madrugada deambulando por las afueras del pueblo, con aspecto sucio (el pelo desgreñado, la ropa sucia, etc.), y sin saber qué día era ni dónde se encontraba. Había salido de su casa la mañana del día anterior para ir a su trabajo, pero no había aparecido por allí. No fue capaz de decir dónde o con quién había estado durante esos dos días. No opuso ninguna resistencia a ir al Hospital y se mostró aliviado al encontrarse con su cuñado.

En los últimos 2 meses había comentado a sus padres en varias ocasiones que algo estaba cambiando a su alrededor, que no sabía qué era, pero que se sentía extraño, y tenía como una sensación de miedo interior, *“como cuando uno piensa que va a ocurrir algo malo, aunque no sepa muy bien qué es”*. Más adelante comenzó a despertarse aterrizado por las noches con la misma sensación y su padre tenía que ir a tranquilizarlo. También se quejaba de que le costaba mucho concentrarse en el trabajo, y de que incluso *“se perdía”* viendo una película porque (según relata su madre) Juanjo decía que era *“como si mi cabeza estuviera en otra parte.... Intento enterarme pero no lo consigo, no consigo concentrarme...no me entero de nada... me pierdo... por ejemplo me quedo colgado del nombre de un personaje y ya no se lo que pasa después...”*. Además su madre informa de que cada vez estaba más inapetente, que prácticamente no comía nada, que dormía poco, que muchas noches lo oía levantarse y deambular inquieto por la casa. Cuando le

preguntaba qué le sucedía, no respondía, o se mostraba huraño y le decía cosas como *“déjame tranquilo, vete a dormir y olvídате de mi”*. También parecía que hubiera perdido el interés por las cosas que antes le gustaban, había dejado de acudir a los ensayos y conciertos. Algunos días se quedaba en la cama todo el tiempo y no iba a la oficina, por lo que su madre tenía que llamar a sus jefes poniendo alguna excusa para que no le echaran del trabajo. Cuando finalmente un día decidía ir a los ensayos con la banda de música, acababa volviendo pronto a casa y se encerraba en su habitación. Decía que sus compañeros de la banda eran insufribles, que lo hacían todo mal, que el director no tenía ni idea, y que ya no valía la pena volver nunca más. Su padre supo que durante ese tiempo discutía con sus compañeros por cualquier cosa, y que todos estaban extrañados porque normalmente era una persona amable y tímida. El día antes de su desaparición no había ingerido alimento alguno porque decía tener mucho dolor de cabeza. Decía que la sentía como si hubiera aumentado de tamaño y le fuera a explotar. Atribuía ese dolor al ensayo del fin de semana previo, porque fue allí donde comenzó a sentir que los clarinetes resonaban en su cabeza con una intensidad que le resultaba insoportable, y le parecía que su cabeza fuera a estallar por el enorme estruendo que hacían.

Durante la entrevista de admisión en el hospital, se observó que estaba muy delgado, deprimido y apático. Manifestó que hacía 4 semanas se había dado cuenta de que *“algo se había roto en mi cerebro, porque hace meses que me cuesta mucho pensar”*. Estaba convencido de que tenía una enfermedad mortal que hacía que *“las células del cerebro hayan dejado de trabajar y poco a poco se van muriendo, van desapareciendo... a estas alturas mi cerebro debe estar ya prácticamente vacío y voy a morir de un momento a otro...”*. Cuando se le preguntó si pensaba que alguien le había contagiado esa enfermedad respondió *“No tengo ni idea, no sé de dónde me viene, pero tengo miedo de que sea contagiosa y que mi hermana pequeña o mis padres la puedan tener por mi culpa...no quiero estar cerca de ellos ni de nadie,... cualquiera podría morir por mi culpa... puede que sea un castigo de Dios por ser tan mala persona...;si hasta le he chillado a mi madre!...no merezco vivir, no merezco la gracia de estar vivo... me lo tengo merecido.”* Todo esto lo expresaba en un tono de voz casi inaudible, lentamente, como arrastrando las palabras. Al día siguiente ya no parecía capaz de expresarse y no fue capaz de responder a ninguna de las preguntas que se le hicieron. Durante los 10 primeros días de ingreso en el hospital solía permanecer sentado en un rincón, alejado del resto de las personas del servicio, sin moverse, con los ojos fijos en el suelo, como absorto en sus pensamientos. No comía apenas, ni cuidaba de su aspecto. Los auxiliares tenían que lavarle y vestirle. Se negaba a comer y a beber, incluso con ayuda, y al quinto día fue necesario proporcionarle alimentación por vía parenteral, lo que obligó a mantenerlo encamado durante tres días. Al cuarto día admitió tomar alimentos de forma natural y pudo levantarse y salir de la habitación. Sin embargo, su comportamiento volvió a ser similar al de antes: permanecía solo, en un rincón, sentado o de pie, pero de espaldas al resto de la gente, mirando hacia la pared o al suelo. En ocasiones se retorció las manos, con una expresión de angustia y miedo. Cuando alguien se le acercaba y le preguntaba qué le ocurría, le costaba mucho expresarse y prácticamente respondía con monosílabos. Cuando parecía querer comunicarse, al poco de comenzar a hablar se paraba, a veces en mitad de la frase, o incluso en mitad de una palabra. Cuando se le animaba a seguir, decía cosas como *“me he quedado en blanco porque se me han roto las neuronas del habla”*, o *“no sé qué ha pasado, alguien o algo me ha quitado de golpe la capacidad de pensar y hablar...”*, *“no sé qué iba a decir, de golpe se me ha borrado todo...”* *“...son tantas las voces y los gritos que me hablan, que no consigo librarme de ellas y no puedo pensar...”*. Cuando le preguntaron si se refería a las voces de las otras personas de la sala, dijo *“no, esas casi no las oigo, son las de dentro de mi cabeza, que me chillan y me*

dicen cosas que no entiendo...pero me dan miedo, cualquiera tendría miedo en mi lugar, ¿no le parece?...no es broma, no es ninguna broma, es horroroso....”

Sus familiares relataron que 2 años antes había tenido un episodio por el que también había requerido hospitalización. En aquella ocasión fue llevado al servicio de urgencias porque hablaba muchísimo, no dejaba de moverse sin parar de un lado a otro, gritando, agitando sus brazos y tirando todo lo que se encontraba a su paso, y parecía fuera de control. Un mes antes del ingreso había empezado a hablar de manera excesiva, aunque no sobre un tema en particular. Cuando sus familiares intentaban tener una conversación con él, cambiada de un tema a otro porque se distraía con los ruidos o cualquier pequeña cosa que ocurriera a su alrededor. No podía permanecer sentado, caminaba sin descanso, dando vueltas por su habitación. Juanjo comentó a su familia que estaba siendo espiado y perseguido por unos espías contratados por una empresa muy importante en el sector musical debido a la importancia de la composición que acababa de realizar. Comentó que había compuesto una pieza musical única, y que desde diferentes orquestas le estaban intentando localizar para comprar la obra, y ante su negativa, estaban persiguiéndole para robársela. Cuando se le preguntó por su fuente de inspiración, informó que lo hizo guiado por las sugerencias que le daban unos seres minúsculos que caminaban por su cerebro. Podía comunicarse con estos seres a los que escuchaba frecuentemente dándole instrucciones. Asumía que tenía un gran don, y que esos bichos eran lo mejor que le podía haber ocurrido. La mayor parte del tiempo, su humor era exaltado, pero podía llegar a hacerse agresivo ante la más mínima provocación. Este episodio, que remitió a las dos semanas, había estado relacionado al parecer con el consumo de cocaína y alcohol. Una vez dado de alta, había abandonado completamente el consumo (incluyendo alcohol) y desde entonces no había vuelto a presentar problema alguno hasta el episodio actual.

Posible resolución del caso Juanjo.

ATENCIÓN y CONCIENCIA

- Dificultad concentración
- Desorientación temporal y espacial. No personal
- Hiperconcentración. Absorto en sus pensamientos
- Distraibilidad

MEMORIA

- Fuga disociativa

PERCEPCIÓN E IMÁGENES MENTALES

PERCEPCIÓN

- Autometamorfopsia (cabeza aumentada de tamaño: no es importante y puede relacionarse con la hiperalgesia)
- Hiperalgesia (dolor de cabeza). Aunque puede ser real el dolor, la expresión “como si me fuera a explotar” indica que es excesivo.
- Distorsión de la intensidad: Hiperestesia –hiperacusia

IMAGINACIÓN

- Alucinaciones auditivas. Simples (no entiende, gritos, etc..)
- Alucinación somática (bichos que caminan por su cerebro)
- Alucinaciones auditivas 2ª persona (conversación bichos).

PENSAMIENTO: Forma

- Mutismo: dejó de hablar
- Pobreza del contenido : le costaba mucho expresarse, decía poco
- Pobreza del habla: monosílabos
- Bloqueos: se paraba súbitamente en la mitad de las frases, o en la mitad de las palabras, decía que se quedaba en blanco debido a su falta de neuronas. OJO: La interpretación es delirante (neuronas rotas, robo)
- Presión del habla: hablaba muchísimo, hablaba de manera excesiva aunque no sobre un tema en particular
- Habla distraída (como consecuencia atención)

PENSAMIENTO: Contenido

- Atmósfera delirante. Delirio primario: cosas cambiando a su alrededor, se sentía extraño
- Delirio nihilista congruente con EA: su cerebro estaba prácticamente vacío.
- Delirio somático de tipo hipocondríaco: algo roto en su cerebro, convencido
- Delirios de culpa. Delirio secundario (derivado) del somático
- Delirio de control- robo del pensamiento
- Delirio persecución espiado y perseguido
- Delirio de grandeza congruentes con EA:

EXPRESIÓN AFECTIVA Y EMOCIONAL

- Irritabilidad
- Anhedonia
- Apatía, EA deprimido (disforia, hipotimia)
- Ansioso (retorcía manos)
- Eufórico, expansivo: humor exaltado

ACTIVIDAD MOTORA Y CONDUCTA INTENCIONAL

- Inquietud (deambula por la casa, retuerce manos..)
- Acinesia (sentado sin moverse, con los ojos fijos en el suelo, absorto en sus pensamientos)
- Agitación: no deja de moverse de un lado a otro, ... No podía permanecer sentado, caminaba sin descanso, dando vueltas por su habitación

OTROS

- Anorexia

- Insomnio
- Descuido/pérdida hábitos autocuidado

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

27. LAS ALTERACIONES DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE UN CASO COMPLETO.

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es identificar, analizar, diferenciar entre las alteraciones de los procesos psicológicos. La resolución de esta actividad permite al alumno ver el sentido práctico de la psicopatología, acercarse a su quehacer como profesional de la psicología, aplicar los conocimientos teóricos expuestos en el aula, y practicar el proceso de identificación de las alteraciones de los procesos estudiados hasta el momento.

Instrucciones. A continuación encontrarás un caso escrito, sobre el que tienes que realizar un psicopatograma completo. Realiza las siguientes tareas: (1) nombra todos los síntomas que encuentres (no simplemente repetir lo que pone en el texto), (2) indica la/s línea/s en donde has detectado los síntomas (puedes añadir también dos o tres palabras concretas que los identifiquen), y (3) encuádralos en el proceso o función correspondiente (atención, percepción, imaginación, memoria, pensamiento (forma y contenido), lenguaje, afectos y emociones, y alteraciones motoras y del comportamiento). En el caso de que haya síntomas que no sean encuadrables en ningún proceso o función, indícalos en un apartado diferente (por ej., otros síntomas).

Alejandra tiene 19 años, y es la mayor de 3 hermanos (una chica de 17 años, y dos chicos de 16 y 12 años). Vive en Valencia en la casa familiar, junto con sus padres y hermanos. Está estudiando Enfermería, porque las calificaciones que obtuvo en el examen de acceso a la Universidad no le permitieron estudiar Medicina. Es una estudiante normal y no ha presentado problemas especiales en su escolarización.

No tiene muchas amistades y la mayor parte de los fines de semana y vacaciones las pasa en su casa, escuchando música o leyendo cómics en su habitación, que comparte con su hermana de 17 años. La relación con sus hermanos es fría y distante y, según sus padres, no colabora en las tareas de la casa.

Los padres relatan que, desde que era muy pequeña, prefería jugar sola que con sus hermanos, y que se enfadaba mucho si alguno de ellos “tocaba” sus cosas (juguetes, ropa, cuentos, etc.), hasta el punto de “retirarles la palabra” durante unos días. Este mismo comportamiento lo ha seguido mostrando a lo largo de su vida, incluso con sus padres, amigos, o el resto de los familiares y conocidos. De hecho, desde hace dos años no se habla con su padre a raíz de una discusión que mantuvo con él porque éste le pidió que ayudara al hermano pequeño a hacer los deberes.

Antecedentes familiares: El abuelo materno se suicidó a los 50 años, al parecer como consecuencia de una Depresión grave. A lo largo de su vida, había sido ingresado en un Hospital Psiquiátrico en dos ocasiones por episodios depresivos graves.

Motivo de consulta: Acude al Centro de Salud Mental para recibir tratamiento psicológico después de haber permanecido ingresada en la unidad de hospitalización psiquiátrica durante una semana.

Motivo del ingreso en Psiquiatría: Comportamientos de autolesión (golpes en diversas partes del cuerpo, especialmente en la cabeza pues se golpeaba en paredes y suelo, y cortes poco profundos en brazos y cara que se produjo con una cuchilla de afeitar), pérdida de apetito (no ingirió alimentos durante al menos dos días), e insomnio (no durmió más de 1 hora seguida durante dos días consecutivos). Mostraba también dificultades para expresarse verbalmente, y no respondía a las preguntas que se le hacían. No dejaba de moverse de un lado a otro de su habitación y mostraba gran irritación cuando se la intentaba detener. Durante los dos primeros días del ingreso necesitó vigilancia continuada y contención física (permanecía semi-atada en la cama), además de alimentación parenteral pues se negaba a ingerir alimento alguno. Se le pautó la medicación adecuada y paulatinamente empezó a mostrar un comportamiento más ajustado, admitiendo alimentación normal y recuperando los hábitos normales de sueño. No obstante, seguía sin responder preguntas y, según su madre, “estaba todo el tiempo como mirando a un punto fijo, y con una expresión como de hielo, sin mostrar ninguna emoción”. Dos días antes de recibir el alta el psicólogo clínico de la sala consiguió mantener una conversación con ella, cuyos fragmentos más significativos se transcriben a continuación:

-Psicólogo (P): ¿Podrías decirme qué te pasó esos días, antes de que vinieras aquí?

-Alejandra (A): No recuerdo bien... La cabeza no paraba de darme vueltas... eran ideas locas... miedo, desesperación, ... y ruidos, muchos ruidos,. todo eran ruidos enormes, me hacían daño, imposible dormir, comer.... nada de nada...

-P: Esos ruidos que dices, ¿venían de fuera o los escuchabas como dentro de tu cabeza?

-A: De fuera, era como si el mundo se hubiera vuelto un lugar lleno de ruidos... todo sonaba alto, las puertas al abrirse, el agua del baño, el sonido de mi respiración, mis pasos... todo....todo...todo...todo...

- P: Y ¿qué pasaba por tu cabeza? dices que no paraba de darte vueltas....

- A: El fin. Era el fin. Patatín patatán. Pinchín.Pirulín. Lin, lin, lin.

- P: ¿El fin de qué?, ¿a qué te refieres con que era el fin?

- A: Pues eso, que se había acabado todo, que ya no había nada más... todos muertos. Fin de la historia. Nada que hacer. Nada que decir.

- P: ¿Quieres decir que te sentías como muerta, que pensabas que habías muerto, o que se acababa el mundo...?

- A: No, muerta no. Pero sabía que iba a morir. Lo sabía. Lo sentía.

- P: ¿Cómo es eso? ¿Por qué lo sabías? ¿Te lo decía alguien? ¿Te sentías muerta?

- A: Sentía el frío interior de la muerte. Mi corazón, mi sangre..., los sentía helados, muertos...como si en lugar de sangre fuera hielo...

- P: ¿Por eso te golpeabas, para comprobar si te dolía, si estabas viva?

- A: Bueno, supongo que era por eso, sí... Y también por lo que decían...por el miedo, para salir del miedo...

- P: ¿Quieres decir que alguien te decía que lo hicieras, que te golpearas?
- A: No me decían que me golpearan... solo me decían que iba a morir... y yo no quería y por eso intentaba...intentaba...
- P: Intentabas sacarte las voces de la cabeza, ¿es eso?
- A: Sí, sí, eso, eso es lo que quería... que se fueran, que me dejaran en paz... me daban mucho miedo....

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

28. LAS ALTERACIONES MOTORAS Y DE LA CONDUCTA INTENCIONAL: DIFERENCIANDO IMPULSOS Y COMPULSIONES.

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es identificar, analizar y diferenciar entre los impulsos y las compulsiones.

Instrucciones. Indica qué características, de las listadas más abajo, son definitorias de las compulsiones y cuales lo son de los impulsos. Puedes emplear el esquema incluido más abajo.

Características: Conducta no es un fin en sí misma; Conducta es un fin en sí misma; Aliviar tensión interior; Finalidad: neutralizar obsesiones; Produce alivio, nunca placer; Produce alivio, placer o liberación; Menores dificultades de inhibición; Mayores dificultades de inhibición; Egodistónicas; Egosintónicas.

Esquema a completar. Características definitorias de las compulsiones y los impulsos:

COMPULSIONES	IMPULSOS
--------------	----------

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá. C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Blanco, A. y Borda, M. (2008) Trastornos psicomotores. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Mesa, P.J. y Rodríguez, J.F. (2007) Psicopatología de la conducta motora. En P.J. Mesa, P. J. y J. F. Rodríguez Testal, J. F., (coord.) *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.

29. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: EL CASO MATEO: EJEMPLO DE UN CASO CLÍNICO RESUELTO.

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es que los alumnos analicen un caso clínico, y pongan en práctica los conocimientos adquiridos en la asignatura. Además se ofrece un modelo para que el alumno pueda tener un referente de cómo resolver un caso clínico.

Instrucciones. Tras la lectura del Caso Mateo, realiza la historia clínica (siguiendo el “Guión de historia clínica o exploración psicopatológica”. Concretamente desarrolla todos los apartados de la historia propiamente dicha, el psicopatograma y el diagnóstico categorial y diferencial. Una vez resuelto el caso, con el documento “Esquema de un caso clínico resuelto” corrige y autoevalúa tu trabajo.

Caso. Mateo, 32 años. Profesor de secundaria. Consulta por padecer desde hace más de siete meses crisis de angustia cada vez que sale de su casa. Nunca le ha pasado estando en casa. Al principio era leve y podía hacer sus tareas habituales. En los últimos cinco meses han crecido en intensidad y en duración, impidiéndole, en ocasiones, salir de casa. La ansiedad aumenta si tiene que viajar en un transporte público acompañándose de sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareos, temor a sufrir un ataque cardíaco y a morir. Esto le obliga a bajarse del medio de transporte y regresar a su casa en taxi o llamar a un familiar por teléfono y pedirle que le vaya a buscar. También le han sobrevenido episodios similares mientras se encontraba en su lugar de trabajo. No presenta alteraciones del sueño ni de su alimentación. No tiene ningún familiar cercano que presente o haya presentado una sintomatología similar. Los síntomas comienzan tras diversas discusiones con sus padres que han provocado una separación entre ellos. Mateo es hijo único y siente que “estoy fallando a mis padres”. Las discusiones se producen por la nueva pareja de Mateo, que no es aceptada por sus padres al estar divorciada y tener una niña de 3 años.

Fuente. Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). Psicopatología. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/Course_listing

Esquema de un caso clínico resuelto: el caso Mateo

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Varón, 32 años.

Profesor de secundaria.

Tiene pareja que tiene una niña de 3 años.

2. REFERENTE Y MOTIVO DE REFERENCIA/ DERIVACIÓN

Acude por su cuenta

3. QUEJA/ MOTIVO DE CONSULTA

Consulta por padecer crisis de angustia cada vez que sale de su casa. Nunca le ha pasado estando en casa.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA ACTUAL

Refiere episodios caracterizados por elevada ansiedad, sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareos, temor a sufrir un ataque cardíaco, y temor a morir.

Estos episodios se producen cuando viaja en transporte público o se encuentra en su lugar de trabajo.

Ante esta situación responde bajando del medio de transporte, y regresando a su casa en taxi, o llama a un familiar para que le vaya a buscar.

No presenta alteraciones del sueño ni de la alimentación.

5. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA ACTUAL

Inicio: tras diversas discusiones con sus padres que han provocado una separación entre el paciente y sus padres que no aceptan a la nueva pareja del paciente. El paciente quiere continuar la relación, algo que supone una distancia emocional con sus padres.

Hace 7 meses, y durante dos meses la sintomatología era leve y no le interfería en sus tareas habituales. Desde los últimos 5 meses refiere los episodios actuales.

6. INTERFERENCIA

No puede viajar en transporte público, no sabemos si evita ir al trabajo. Desconocemos el alcance de la interferencia, aunque se indica que en ocasiones le impide salir de casa.

7. TRATAMIENTOS PROBLEMA ACTUAL.

No refiere

8. PROBLEMAS MENTALES ANTERIORES Y TRATAMIENTOS

No disponemos de información al respecto

9. HISTORIAL MÉDICO

No disponemos de información al respecto

10. INFORMACIÓN BIOGRÁFICA RELEVANTE

Es hijo único, y ha iniciado una relación con una mujer divorciada y con un hijo de 3 años que sus padres no aprueban.

11. ANTECEDENTES FAMILIARES

No tiene ningún familiar cercano que presente o haya presentado una sintomatología similar.

12. PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

No disponemos de información al respecto

13. PSICOPATOGRAMA

Conciencia de enfermedad: tiene conciencia de enfermedad

Alteraciones del contenido del pensamiento: temor a sufrir un ataque cardíaco y a morirse

Alteraciones de los afectos y emociones: ansioso

Alteraciones de la actividad motora y conducta intencional: escape de situaciones (medio transporte). Valorar si también escapa del trabajo, y si evita este tipo de situaciones u otras similares.

Sintomatología física/ funciones fisiológicas: sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareos

14. DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-5

Trastorno de angustia y trastorno de agorafobia

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cumple los criterios de trastorno de pánico porque presenta ... y también se cumplen los criterios de agorafobia porque ... Además, se observa que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental. Los síntomas referidos no se producen ante objeto específicos que producen miedo (como ocurre en las fobias específicas); ni ante situaciones sociales temidas (por tanto no presenta ansiedad social); ni asociado a preocupaciones sobre aspectos de la vida cotidiana (por tanto no presenta un trastorno de ansiedad generalizada), ni al exponerse a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes (por tanto no presenta un TEPT). Los síntomas tampoco son consecuencia del consumo de sustancias ni de una enfermedad médica.

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Baños, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (Eds.) (2009). *Manual de Psicopatología*. Vol II. Madrid: McGraw Hill Interamericana (capítulos 2-6)

Caballo, V. (2014). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide (capítulos 6-11)

30. RECOPIACIÓN DE CASOS CLÍNICOS ASOCIADOS A DIFERENTES TRASTORNOS MENTALES

Objetivo de la actividad. El objetivo de esta actividad es permitir al alumno que ponga en práctica los conocimientos adquiridos hasta el momento. Esta actividad exige que el alumno analice las principales alteraciones psicopatológicas descritas y las presente en forma de un psicopatograma, formule hipótesis diagnósticas, evalúe el diagnóstico principal y explique los diagnósticos diferenciales, utilice los sistemas nosológicos y de clasificación internacionales oficiales de los trastornos mentales y del comportamiento, redacte y defienda de forma oral o por escrito una historia clínica del caso.

Instrucciones. Tras la lectura de cada caso clínico resuelve las tareas que se te solicitan y que aparecen listadas en el siguiente cuadro. Puedes ayudarte del “Guión de historia clínica” y del caso Mateo resuelto que aparecen en este cuaderno.

Referencia del caso	Tarea solicitada
1. Ángeles	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
2. Manolo	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
3. Alfredo	Todos los apartados de la historia propiamente dicha, psicopatograma y diagnóstico categorial y diferencial
4. Vicenta	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
5. Pedro	Diagnóstico, psicopatograma, interferencia
6. Ana	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
7. Mariela	Diagnóstico, interferencia
8. Leandro	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
9. Soffa	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
10. Alba	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
11. Manuela	Todos los apartados de la historia propiamente dicha, psicopatograma y diagnóstico
12. María	Diagnóstico categorial y diferencial
13. Ramón	Psicopatograma Diagnóstico categorial y diferencial
14. Álvaro	Psicopatograma, diagnóstico categorial y diferencial
15. José Antonio	Psicopatograma Diagnóstico categorial y diferencial
16. Ana	Diagnóstico categorial y diferencial
17. Marcela	Diagnóstico categorial y diferencial
18. Puri	Diagnóstico categorial y diferencial

19.	Antonia	Diagnóstico categorial y diferencial
20.	Fernando	Diagnóstico categorial y diferencial
21.	Pedro	Diagnóstico categorial y diferencial
22.	Pilar	Diagnóstico categorial y diferencial
23.	Luisa	Diagnóstico categorial y diferencial
24.	Lucía	Diagnóstico categorial y diferencial

Caso 1. Ángeles

“Ángeles R. solicita consulta psicológica en mayo de 2006 por sugerencia de una amiga que previamente había requerido los servicios de un terapeuta, a raíz de lo cual su estado de ánimo mejoró mucho. Ángeles lo sabe y eso le hace tener esperanza respecto a su problema actual. Tiene 30 años y vive en pareja desde hace 5 años sin que hayan formalizado de modo alguno su unión. Sus padres viven en la misma ciudad no muy lejos del domicilio. Tiene un hermano mayor, de 35 años, casado, que vive en otra ciudad y una hermana más pequeña de 20 años que aún vive con los padres. No tiene hijos, aunque durante mucho tiempo lo ha deseado. Trabaja como enfermera en un hospital público de la ciudad. Desde hace dos años realiza fundamentalmente tareas administrativas y de gestión por requerimientos del servicio en que trabaja. Se presenta como una persona que ha sido alegre, sociable y con muchas aficiones culturales. Antes de presentarse el problema actual solía acudir una vez por semana al cine, con cierta frecuencia al teatro u otros espectáculos. Ángeles informa en la primera visita que se siente muy triste, sin ilusión por las actividades que antes le resultaban muy agradables y de las que ahora no disfruta. Relata haber acudido al cine por ejemplo varias veces y no haberse enterado de la película por tener importantes dificultades de concentración en la historia y no poder seguirla con interés. Cada vez tiene más problemas con las personas que le rodean. Su pareja le dice que ya no es “la que era”, se muestra cansada y se enfada “por nada” con las personas que le quieren. Se siente molesta y poco tolerante con las demandas de los demás. Piensa que les decepciona y que les molesta, que no es agradable estar con ella, lo que le produce deseos de aislarse cada vez más. En el trabajo, habla lo imprescindible y siente como una liberación irse a casa donde su pareja ya sabe “cómo está” y le permite no tener que hacer grandes esfuerzos de relación. Vive su trabajo como absurdo y que “puede hacerlo cualquiera” por lo que si desapareciera nadie la echaría de menos... Respecto a su vida y el futuro indica no tener mucha esperanza, piensa que su pareja acabará abandonándola, le da mucha pena que sus padres sepan lo mal que se encuentra porque no quiere hacerles sufrir. Pone todas las excusas posibles para no encontrarse con ellos ni con su hermana pequeña. Piensa que quizá se sentiría mejor si volviera a trabajar como enfermera y no delante del ordenador “sin sentido alguno” aunque tiene dudas sobre si podría “volver a hacerlo bien”.” Fuente. Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract16.pdf>

Caso 2. Manolo

“Manolo P. tiene 24 años, es el hermano mayor de dos varones. El pequeño tiene 21 años. Acaba de terminar la carrera y aun no trabaja, está planteándose cursar un posgrado por recomendación de su padre. Su madre murió cuando él tenía 14 años por un cáncer de mama detectado en un estadio muy avanzado. Le gusta la profesión que ha estudiado (Filología inglesa) pero no se siente entusiasmado por ella. Piensa que los estudios han sido excesivamente teóricos y que no sabe si será capaz de desenvolverse en la vida profesional. Su nivel económico es suficiente aunque no “nada en la abundancia” teniendo que realizar trabajos ocasionales de fin de semana para costearse sus “caprichos”. Acude al psicólogo por insistencia de su padre. Se siente continuamente cansado y muy abatido, con ataques frecuentes de llanto desde que se separó de su novia hace 6 meses. Le resulta difícil y “pesado” salir de casa, de hecho si no le insistieran sus familiares no lo haría. Le resulta casi imposible concentrarse en lo que hace mostrando una gran falta de concentración. Le resulta muy difícil empezar una conversación con alguien, aunque sea conocido, dice que parece como si sus labios no quisieran articular las palabras. Todo le fatiga. Le cuesta mucho dormir y cuando lo consigue tiene pesadillas muy desagradables, se ve sólo, abandonado, quiere gritar y no puede hacerlo, nadie lo oye. Tiene algunos amigos a los que no le apetece ver ni ponerse al teléfono cuando le llaman. La verdad es que cada vez llaman menos. Acudió al médico de familia que le pautó antidepresivos, no sabe cuáles porque perdió la receta y no ha tenido fuerzas para volver. Además tiene mucho miedo a tomar medicación, piensa que le puede hacer “efectos extraños” y que además es un signo de debilidad, pero está planteándose que seguramente tendrá que tomar algo si no se pasa pronto “este martirio”, pues “la vida así, carece de sentido”. Le molestan los ruidos, se siente irritable cuando le exigen que responda a alguna cuestión que le suponga esfuerzo, prefiere estar solo, en la cama o en el sofá, a oscuras sin tener que rendir ante nadie. Se siente fracasado, piensa que es un inútil que sin su novia no sabe hacer frente a la vida y siente culpa por no haber aprendido a ser una persona más independiente e interesante. Cree que su hermano, si pasara por la situación que ha pasado él, se defendería mucho mejor. Aunque no ha pensado “quitarse de en medio” cree que no le importaría nada “desaparecer”. Comenta que “para lo que está haciendo aquí, ...” Siente que no podrá volver a rehacer su vida, pues su novia lo ha dejado “seguramente porque es tan inútil que a nadie le va a apeteecer estar con él”. Se encuentra feo y como no se mueve, ha aumentado de peso, lo que hace que su imagen sea más desagradable. Quizá, si alguien se interesara por él... quien sabe ...”. Fuente. Belloch, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2011), Cuaderno de prácticas de Psicopatología en A. Belloch, P. Barreto, R. Baños, M.J. Galdón, G. García-Soriano, R. González, I. Montoya, M.A. Pérez, y C. Perpiñá (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract16.pdf>

Caso 3. Alfredo

Alfredo es un maestro de música soltero de 29 años, que es llevado al hospital por sus padres debido a su conducta era extraña e hiperactiva y su imparable locuacidad. Hace 12 días que no saben qué es lo que le pasa, el episodio comenzó tras la ruptura de Alfredo con su pareja, con la que llevaba 1 año. En estos días ha dormido poco, bebido mucho alcohol y ha perdido 5 kg. Ha encargado varias decenas de instrumentos musicales por valor de miles de euros, y libros de música para todos

los alumnos de su colegio por valor de más de 30000 euros, quiere formar con los alumnos de su colegio una gran orquesta que toque sus obras. Cuando la psicóloga entra en la consulta, el paciente está moviéndose de un lado a otro inquieto, cantando en voz alta. Cuando la psicóloga se presenta, el paciente se muestra amable, incluso seductor, sin embargo responde con enfado y agresividad cuando le sugiere un ingreso hospitalario, y amenaza con golpear y destruir la consulta en la que se encuentran. Afirma que sus padres le han llevado porque quieren librarse de él para poder quedarse con su obra musical y los beneficios que esta le reporte. Afirma que si le internan, se pondrá en contacto con un conocido que se hará “cargo” de sus padres y de la psicóloga sin dejar rastro. El paciente afirma que se encuentra en lo más alto de su proceso creativo musical, y de diseñar un método de enseñanza de música que revolucionará el mundo. En una semana viajará a EEUU a presentar el proyecto al presidente americano, de hecho, ya tiene reservado el vuelo. Alfredo muestra a la psicóloga la reserva del billete de avión, que tiene guardada en la cartera junto a su pasaporte. El paciente escucha voces que le insultan, dice que cree que las guían sus padres, que quieren aprovecharse de la productividad musical de su hijo. Cuando se le pregunta por qué está tan creativo últimamente, afirma que se inspira en el periódico, donde puede leer entre líneas las notas musicales de sus composiciones. Alfredo había solicitado anteriormente tratamiento psiquiátrico, a la edad de 21 años, cuando estaba estudiando en la universidad. Entonces se sentía deprimido y desesperanzado, incapaz de funcionar en su día a día. Se sentía como un “inútil”, incompetente y sin energías ni interés por las cosas, pensaba que nunca podría conseguir nada. Recibió tratamiento farmacológico y psicológico, acabó los estudios y aprobó una oposición. Cuatro años más tarde (25 años) volvió a tener un episodio en el que no tenía energía para ir a trabajar, se sentía un desgraciado, y tenía pensamientos suicidas. Tras el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico (tranquilizante y antidepresivo) se recuperó. A pesar de estas dificultades, Alfredo es capaz de vivir solo, y tiene un buen rendimiento en el colegio donde trabaja, donde le consideran un profesor implicado y responsable.

Caso 4. Vicenta

Vicenta es una mujer que acude a consulta de psicología clínica derivada por su médico de cabecera de la compañía aseguradora privada. El volante fue emitido hace un mes y no ha realizado consulta antes porque, según refiere, “no tengo ganas de hablar de mi vida”. Tiene 52 años, trabaja como ama de casa y dependienta desde hace doce años en unos grandes almacenes en la sección de perfumería, está casada con un hombre de su misma edad que trabaja como taxista, vive en una ciudad, su estatus social es el propio de clase media, realizó estudios medios. Sus padres viven de forma independiente y son autónomos. También tiene dos hermanos menores varones. Con toda su familia de origen mantiene una relación que califica como “muy buena, soy quien soy gracias a ellos”. Tiene una única hija, independiente desde hace seis meses, licenciada en derecho de la que dice que es “mi mayor satisfacción en la vida, pero tengo miedo a que ya no me necesite”. Se siente “muy valorada por su marido, siempre me ha apoyado mucho”. Tiene dos amigas “íntimas” y refiere una excelente relación con sus compañeras de trabajo. Está integrada en un grupo parroquial católico “para ayudar a los necesitados”. Afirma que “siempre pensé que el mayor valor de una persona es el de ser útil y hacer felices a los demás” y que “el amor siempre es devuelto como pago por nuestras acciones”.

Su presentación física es ligeramente descuidada. Se queja de que “me siento mal, no sé qué me pasa ni cómo salir de esto, nunca creí que pudiera caer en una depresión, nunca he tenido que ir a un psicólogo ni a un psiquiatra”. Mientras habla intenta contener las lágrimas sin lograrlo totalmente. Refiere que se encuentra de baja laboral desde hace tres semanas porque no logra atender adecuadamente a las clientas ya que no tiene la fuerza y la energía de antes. También dice que se siente “una inútil total” y que “estoy fallando a todos quienes me están apoyando”. Se siente desanimada y cansada, le cuesta conciliar el sueño, descansa mal, siente que tiene menos apetito que antes y dice que “ando nerviosa todo el día”. Reconoce que nada la divierte ni la hace disfrutar y dice que “nunca tuve mucho interés por la relación matrimonial (en referencia a la relación sexual con su esposo), pero ahora incluso me molesta”, y ello le preocupa por cómo pueda estar sintiéndose su marido. Le cuesta “decidir las cosas más tontas, me cuesta pensar, y estoy todo el día dándole vueltas a las mismas tonterías”. En un momento de la entrevista inicial parece reaccionar con una leve sonrisa a un comentario valorativo sobre el esfuerzo que ha debido hacer para progresar en la vida y dedicarse a los demás. En otro momento, en la exploración de ideación autolítica comunica que “he llegado a pensar en que no me importaría morirme”, pero no ha considerado el suicidio porque “no podría hacerle eso a mi familia ni me está permitido”.

Su última revisión médica la realizó hace tres semanas. Su estado general de salud era bueno. Padeció un proceso gripal importante hace tres meses por el que estuvo una semana de baja, y apunta que “fue mi primera baja en la empresa, y ya ve, en dos meses otra”, “mi médico me dijo que pudo haberme influido en esto que me pasa”. Completó la menopausia hace un año. Como otros antecedentes destacan: hepatitis A en la infancia, resección quirúrgica hace cinco años de lesión cancerosa en cérvix. Realizó revisión ginecológica hace seis meses sin que se encontraran alteraciones, aunque refiere que “en estas semanas, algunos días no me sacaba de la cabeza que eso estuviera ahí otra vez”.

El estado que describe comenzó a manifestarse hace aproximadamente tres meses al mismo tiempo que la no obtención de una promoción profesional al puesto de supervisora de sección, y no se ha agravado. Esperaba su concesión porque “me sentía muy querida por la empresa y por todos, porque trabajé mucho” y refiere que cuando fue ocupado ese puesto por otra compañera de otra sección se sintió “humillada, como si fuera un trapo” y que esa noche “no dormí dándole vueltas a todo: a que sentido tenía lo que hacía, a quien era y lo que valía para los demás, a si realmente me querían”, y en los días siguientes “llegué a pensar que se habían compinchado contra mí, mire usted qué tontería, y sentía que odiaba a mis compañeras y a la empresa, hasta que logré vencer ese sentimiento que nunca fue parte de mí”. Respecto al origen de este estado cree que se debe a que “quizás todo fue porque estaba en un momento bajo, por la gripe”.

Caso 5. Pedro

Pedro, de 23 años, es enviado al centro de salud mental por su médico de cabecera por su bajo estado de ánimo y preocupaciones. Su problema ha ido aumentando en los últimos 2 años. Durante este período ha ido dedicando cada vez más tiempo a preocuparse por la idea de que hiciera lo que hiciera, algo estaría mal, y podría ser perjudicial para otros. Para evitar que esto ocurra, siente la necesidad de pasar varias horas al día comprobando que todo está en orden. Relata que desde que empezó en

la universidad a los 18 años tiene estas ideas en la cabeza. Pedro es el mayor de una familia con 3 hijos que vive en un pueblo a 100 km. de Valencia. Cuando cumplió los 18 años se fue a Valencia a estudiar en la universidad, compartiendo piso con otros chicos. Cuando se lava la ropa está preocupado por la posibilidad de haber metido sin querer alguna prenda de sus compañeros. También se preocupa por la posibilidad de haber gastado algo de dinero de sus compañeros (pero admite que nunca ha quitado dinero a sus compañeros y siempre ha pagado los gastos comunes). Siente la necesidad de comprobar varias veces lo que ha puesto a lavar. También comprueba otras cosas como que las luces y electrodomésticos están apagados y que todas las ventanas y puertas de la casa están cerradas. No solo comprueba las cosas en su habitación y áreas comunes, sino también en la habitación de sus compañeros, algo que le ha llevado a riñas con ellos. Emplea tanto tiempo en comprobar cosas que no tiene tiempo para estudiar, y en los dos últimos años solo ha aprobado 3 créditos, por lo que sus padres le han amenazado con dejar de pagar los estudios. El verano pasado intentó trabajar en su pueblo ayudando a su tío haciendo recados. Tuvo que dejarlo de inmediato porque necesitaba el coche para trabajar y cada vez iba conduciendo y se cruzaba con alguien, tenía que parar a comprobar que no lo había atropellado. A lo largo de la entrevista se muestra colaborador y preocupado por la necesidad que tiene de comprobar cada cosa, pero insiste en que no puede dejar de hacerlo, porque si no comprueba siente una gran ansiedad y culpabilidad por si ha podido ocurrir algún desastre por su culpa. Fuente. Material facilitado por grupo iTOC

Caso 6. Ana

Ana, edad 37 años. Administrativa en una gestoría. Vive sola desde hace 10 años. Desde hace cuatro meses Ana presenta dolor en el pecho, arritmias cardíacas y presión arterial alta. Refiere sentirse nerviosa y la sensación de “faltarme el aire” sofocos, mareos y temor a morir. Está continuamente preocupada porque piensa que en cualquier momento puede padecer un “nuevo ataque”. Desde hace dos meses ha vuelto a vivir con sus padres y necesita que la acompañen cuando tiene que ir a su casa a recoger algunas cosas. Recuerda intensamente el miedo que pasó en el primer ataque, “pensaba que me estaba muriendo” y la dificultad para llamar a la ambulancia. Desde entonces ha visitado varios cardiólogos que no han encontrado evidencias físicas que justifiquen los síntomas que presenta. Uno de los médicos le recomendó que tomara Clonazepam “cuando ella se sintiera nerviosa...”, y que fuera controlando su tensión arterial siendo sus registros en general de 140/100 o 140/90. Por el miedo a un nuevo ataque Ana no realiza ninguna actividad social. Permanece recluida en casa de sus padres de la que únicamente sale para ir a trabajar. En el período previo a la consulta, relata sufrir crisis todos los días e incluso varias veces al día. Hace siete meses, falleció una tía con la que se sentía muy unida. Esta situación, la afectó, sintiéndose responsable por la muerte de la tía. Refiere que todos los días hablaban por teléfono y que ese día no la llamó a la misma hora que solía llamarla. No puede dejar de pensar que si la hubiera llamado habría podido salvarla. La razón de la muerte fue un ataque cardíaco. Ella piensa que su tía debió de sufrir mucho y que “debía haberla acompañado”. Desde el fallecimiento, a veces tiene la sensación de ver a su tía por la calle, sabe que es gente parecida a ella pero le recuerda constantemente la muerte de su tía. Desde su fallecimiento, Ana ha sido incapaz de ir al cementerio. Fuente. Belloch, A., Barreto, P., Baños, R., Galdón, M.J., García-Soriano, G., González, R., Montoya, I., Pérez, M.A., y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología*.

Caso 7. Mariela

Extracto de un correo-e que remite una mujer de 35 años, con un hijo de 8 años, divorciada, solicitando ayuda especializada: “Estimada Dra. Me dirijo a Usted desesperada tras once años de sufrimiento y un diagnostico no se si del todo acertado (...) Hace once años di a luz a mi único hijo y unas 6 horas después mi cabeza se volvió en un Y SI..... y si me da por suicidarme, y si me da por apretarle la fontanela a mi hijo, y si me da por ponerle lejía en el biberón en lugar de leche....etc. Lo peor de todo es que en mi mente yo lo veía, lo cual me producía gran taquicardia y ansiedad, mi familia solía decir que tenía cara de haber visto un fantasma y lo cierto es que lo hubiera preferido ya que no entendía como una persona pacífica como yo podía pensar en hacer estas barbaridades. Después vinieron los remordimientos sobre cosas que había hecho en el pasado y que yo pensaba que no estaban bien, eran temas relacionados sobre todo con el sexo y con haber tomado algunas drogas cuando era joven. Una vez superado esto y no porque lo entendiera sino porque asumí que no podía cambiar el pasado mi mente se puso a cantar durante meses; cantaba y cantaba y aunque pretendía distraerme no había manera de quitarme las canciones de encima, recuerdo incluso levantarme a media noche para ir al baño e ir cantando (...) Al principio eran canciones normales, finalmente eran canciones con gran contenido de palabrotas o alegaciones al sexo. En la actualidad sumo matrículas o cualquier número que se me ponga por delante y escribo a máquina casi todo lo que leo, depende de lo nerviosa que esté lo hago más o menos, pero lo que más me preocupa es que ya he visitado a dos psicólogas para que me ayuden a superar lo que le voy a contar, pero las dos a pesar de ser profesionales me han sido sinceras y me han dicho que nunca se les ha presentado un caso igual, le comento: Como ya le he dicho se escribir a máquina, pues bien, si yo leo PACO como la P está en la línea más alta del teclado mi inspiración es más profunda, luego como la letra A está en el teclado de en medio expulso aire, la C como está en la fila inferior expiro todo el aire y así sucesivamente... Todo lo anteriormente explicado lo he llevado adelante como he podido pese a separarme cuando mi hijo tenía tan solo ocho meses. Busqué trabajo, me saqué mi carrera y aprobé mi oposición, pero desde noviembre estoy muy deprimida, las ganas de vivir se me han ido, estoy agotada y llena de ansiedad, muy decaída. Hay días que los llevo mejor y otros simplemente los llevo. Hace años que no me río, me estoy perdiendo lo mejor de mi hijo y siento que mi vida se me escapa. Un nuevo síntoma que ha aparecido en mi desde hace unos 15 días es la agresión verbal (para mí misma, claro está, no lo digo en voz alta). Me gustaría saber si sería Usted tan amable de atenderme y darme su valiosísima opinión. Agradezco de antemano toda su comprensión y ayuda prestada. Esta carta la he escrito entre llantos y sollozos. Y es que la paciencia se me está agotando. Reciba un cordial saludo”
Fuente. Material facilitado por el grupo iTOC.

Caso 8. Leandro.

Leandro tiene 32 años, está casado desde hace 10 meses con Ana, su “novia de siempre” con la que empezó a salir a los 17 años. Ana es administrativa en un organismo oficial. Leandro actualmente está en paro porque la empresa en la que trabajaba hasta hace 10 meses ha cerrado. Hasta que se casó vivía en casa de sus padres. Tiene un hermano mayor (37 años) con el que mantiene una excelente

relación. No tiene problemas económicos graves, gracias al trabajo estable de su mujer y los ahorros que ambos tienen, pero le preocupa el futuro por una hipoteca que tienen que pagar por el piso. Leandro padece una enfermedad renal desde la infancia, que precisa control farmacológico y dietético estricto. En el momento de la consulta, la enfermedad está estable y controlada. Le gusta hacer deporte, que practicaba con asiduidad hasta hace un año (fútbol con amigos una vez por semana, correr, ir al gimnasio una o dos veces por semana). Acude a la consulta remitido por su médico de cabecera. Relata que desde hace dos años vive en un estado de tensión constante, preocupado por cualquier cosa que pueda pasarle a él o a su familia, y que la sensación de inquietud y malestar ha ido en aumento hasta "hacerse insoportable en el último medio año". No es capaz de especificar qué cosas le preocupan especialmente ni por qué. Dice que las preocupaciones han ido cambiando con el tiempo: "cuando me parece que empezó el problema la cosa era que todo el día estaba dándole vueltas a la casa que íbamos a comprarnos para cuando nos casáramos... hubo muchos problemas con la obra, el constructor desapareció y pasaron varios meses con la obra parada y pagando al banco que nos había avalado, gracias a mis padres y los de Ana, yo no paraba de pensar que por culpa de ese tipo y de no haber pensado yo bien las cosas, mis padres o mis suegros se podían arruinar... Mis padres me insistían en que no pasaba nada, que ellos estaban a salvo porque el aval era sobre el chalet... pero yo no paraba de darle vueltas... luego otro constructor se hizo cargo y vinieron otros problemas... la obra se encarecía, había que pedir otro préstamo... un lío tras otro... al final se acabó el piso pero desde entonces yo ya no he sido el mismo. De hecho, muchas veces me descubro a mí mismo pensando si la casa estará bien hecha, si se caerá, si reventará una cañería... Luego además empecé a preocuparme también por la boda... yo quería casarme pero empecé a dudar de si iba a ser buen marido, de si podía hacer daño a Ana... y entonces para quitarme las preocupaciones llamaba a Ana al trabajo, le preguntaba si todo iba bien, si estaba segura de mí,... Luego un día se me paró el coche en medio de la autovía yendo a trabajar y me entró el pánico... no sabía qué hacer y tuvo que venir mi hermano y hacerse cargo de todo: llamar a la grúa, llevarme a mí al trabajo... a partir de entonces empecé a pensar que podía haber matado a alguien con el coche, que yo tenía la culpa de que se hubiera estropeado y eso a pesar de que lo había llevado a revisión la semana de antes o así... pero no podía quitarme eso de la cabeza... Y desde entonces no he vuelto a conducir aunque lo he intentado... pero es imposible porque solo de pensarlo me pongo a temblar, tengo miedo de que me vuelva a pasar algo, me imagino que se revienta la rueda y mato a alguien... Cuando me despidieron del trabajo fue casi un alivio porque era una cosa menos de la que preocuparme, porque ahí también tuve problemas... Cuando llegaba a casa no paraba de darle vueltas a la cabeza sobre si habría puesto bien el pedido, o si por ejemplo si había tenido una discusión con un compañero y eso le había puesto nervioso y por mi culpa cometía un error, o le pasaba algo malo... un horror todo... Ahora estoy casi todo el día en casa, solo salgo para ir al gimnasio porque está al lado de casa y no tengo que cruzar ninguna calle ni pedirle a nadie que me lleve... pero mi cabeza no para en todo el día... llamo a Ana cada dos por tres para saber si está bien, si llegó al trabajo sin problemas, o a mi hermano para preguntarle por su nena,... no puedo evitarlo... estoy tenso todo el día, me duele todo el cuerpo, duermo fatal... me despierto y me quedo mirando a Ana para ver si respira bien...estoy cansado todo el día y eso que no me muevo, intento leer o estudiar pero no consigo concentrarme en nada y creo que eso me pone más nervioso, empiezo a dar vueltas por la casa, siento como una especie de

inquietud o malestar continuos, nervios por todos lados, no consigo relajarme nunca... Si me dicen algo mis padres, o Ana, o mi hermano, que en ese momento no me parece bien, aunque sea una bobada, como por ejemplo, que abra la puerta, o que coja el teléfono, o que baje la basura, me enfado, y un día hasta llegué a insultar a mi madre... Luego le pedí perdón y me sentí fatal... Estamos viviendo en casa de mis padres porque no quieren que esté solo... yo no tengo ningunas ganas de morirme, quiero estar bien, quiero ser como antes y que esta cabeza se ponga en su sitio, pero tampoco quiero preocuparlos así que casi mejor vivir con ellos, una preocupación menos...". Antes de este problema, Leandro era un hombre muy sociable, activo, con inquietudes y muy bien valorado por sus amigos, familiares y compañeros de trabajo. Fuente. Material facilitado por el grupo iTOC.

Caso 9. Sofía

Sofía es una niña de 7 años que es remitida a la consulta del psicólogo por el pediatra debido a una sintomatología sin base física u orgánica. Últimamente Sofía padece de dolor de estómago persistente, con vómitos y molestias gástricas cuando ingiere alimentos. La sintomatología remite los fines de semana y sobre todo durante períodos vacacionales largos como la Navidad. La niña lleva así desde septiembre y a estas alturas (febrero) los padres están realmente preocupados por la persistencia de las molestias gástricas. Sus padres la describen como una niña tranquila, sociable, alegre, cariñosa, con buen rendimiento escolar. Pero les preocupa que este curso escolar lo comenzara sin ganas, no quería levantarse por las mañanas para ir al colegio, se muestra triste, se queja que le ha sentado mal el desayuno, a veces lo vomita, "es un suplicio llevarla al colegio", una pelea diaria, se enfada y a veces tiene rabietas. Este curso Sofía ha cambiado de colegio, por lo tanto de maestra y también de compañeros/as, pero comenta que esta maestra le gusta más que la otra del otro colegio. Su madre habitualmente invita a niños/as a su casa para que Sofía se socialice con estos nuevos compañeros. Sofía se lleva muy bien con todos los nuevos compañeros, en su casa pasan ratos muy divertidos. La cosa cambia cuando ella es invitada a la casa de estos niños, a pesar de que se lleva bien con ellos y se divierte no quiere ir a sus casas. Ni siquiera en las fiestas de cumpleaños que antes le encantaban. Sus padres están preocupados, creen que Sofía se convertirá en una niña antisocial, se culpan por el cambio de domicilio y colegio, aunque siguen en la misma ciudad y la niña todavía sigue en contacto con las anteriores amistades. Los padres relatan que este verano tuvieron un pequeño accidente al volver de las vacaciones de verano. Se quedó en un gran susto, solo la madre tuvo que permanecer hospitalizada durante tres días en observación por el golpe en la cabeza y momentánea pérdida de visión. Pero todo terminó felizmente. Sin embargo la niña vivió de manera angustiosa estos pocos días de hospitalización de la madre. A partir de ese momento empezó a preocuparse en exceso por las cosas. Los padres entienden que Sofía no quiere volver al lugar donde pasaron las vacaciones pero no entienden su negativa a asistir al colegio o a casa de sus amigos, o no quererse quedar en casa de sus tíos cuando sus padres necesitan ausentarse. Fuente. Belloch, A., Barreto, P., Baños, R., Galdón, M.J., García-Soriano, G., González, R., Montoya, I., Pérez, M.A., y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract19_.pdf

Caso 10. Alba

Alba tiene 16 años, vive con sus padres y sus 2 hermanos menores. Estudia 4º de la ESO en un instituto de educación secundaria próximo a su domicilio. La paciente acude a la unidad de salud mental remitida por su médico de cabecera. Acude al mismo porque sus padres han notado que hace cosas “raras”, y la ven triste e irritable.

En la primera entrevista, cuando se le pregunta por su problema, Alba señala que está muy preocupada porque hace cosas que sabe que son realmente estúpidas y que no tienen ningún sentido, sin embargo, tiene que hacerlas porque teme que ocurra algo malo si no las hace. Señala que desde hace aproximadamente un año tiene miedo de que sus ropas estén llenas de microbios y, al vestirse por las mañanas, las sacude durante una media hora. Además, al llegar del colegio tiene que cambiarse de ropa porque se siente “sucia”, y cada día se lava el uniforme escolar (al principio se lo pedía a su madre). Antes de hacer cualquier cosa, por ejemplo, lavarse la cara o vestirse, se lava las manos, pero con el tiempo esto ha empeorado. No tenía suficiente con lavarse las manos y ahora además se las frota con alcohol. En invierno, con el frío, estos hábitos de limpieza provocaron que sus manos llegaran a sangrar. Llegó un momento en que sangraban en el momento en que las sumergía en agua. Sus padres creyeron que tenía una enfermedad en la piel y la han llevado al dermatólogo. Cuando se le pregunta por el tiempo que le lleva realizar en la actualidad estos hábitos de higiene personal, señala que utiliza unas 6 horas al día. Por las mañanas se tiene que levantar antes de las 5 para poder ir al instituto y aun así, no le queda tiempo para peinarse o desayunar. De hecho, muchos días no llega a la primera hora de clase, lo que le ha ocasionado problemas con sus profesores. Los fines de semana ha dejado de jugar al tenis por las mañanas y de ir al centro con sus amigas porque no le da tiempo de ducharse antes de salir, sus hábitos de limpieza se lo impiden.

Desde hace también un año aproximadamente, ha empezado a pensar que si oye palabras relacionadas con enfermedades o gérmenes podría ocurrir algo malo, así que cuando esto ocurre necesita pensar en ciertos números- p.ej., contar de tres en tres- para poder “anular” los efectos que pudiera tener el escuchar esas palabras. Para ella esos números parecen tener alguna propiedad protectora. Está realmente horrorizada con la idea de que le ocurra algo malo si no actúa como lo hace. Cuando intenta explicar lo que le ocurre a sus amigas para que la puedan entender, ellas le responden cosas como “eso es estúpido”, y Alba sabe que tienen razón; pero cuando está sola, su mente empieza a divagar y a preocuparse cada vez más por la posibilidad de que alguien de su familia se pueda hacer daño, o por todo lo que puede ir mal si ella no actúa. Su abuelo tiene 83 años y, aunque sabe que es mayor y que no va a vivir muchos años más, Alba tiene miedo de que ella pueda hacer algo que lo haga enfermar, o morir. Además, últimamente tiene la sensación de nunca tiene bien hechas sus tareas escolares, así que las repite una y otra vez hasta que siente que están como tienen que estar. En una ocasión borró tantas veces la resolución de un problema de matemáticas que agujereó el papel. Desde hace 6 meses Alba sale con un compañero de instituto que le gusta mucho, pero dice que ya han tenido discusiones por las cosas que ella no puede hacer o los sitios donde no pueden ir a causa de su problema. Actualmente, Alba se siente triste la mayor parte del día, cree que su novio la va a dejar porque, según ella comenta, “no vale la pena salir con una persona tan inútil como yo”. También se siente distanciada de sus amigas y últimamente prefiere quedarse en casa. Su rendimiento académico, hasta hace un año muy bueno, ha bajado durante este último curso académico debido a que “esos pensamientos no me dejan concentrarme”. Así mismo se siente mal porque sabe que tiene muy preocupados a sus padres. Fuente. Caso desarrollado en el marco del proyecto UV-

Caso 11. Manuela

Mujer de 22 años, estudiante de magisterio, hija única, vive con su madre, su padre falleció por un cáncer de estómago cuando ella tenía 10 años. Es atendida en consulta ambulatoria de psicología clínica tras ser derivada de psiquiatría tras pautarle tratamiento farmacológico: Alprazolam 0,5: 1 1 1. Hace un año y medio la paciente comenzó, coincidiendo con la época de exámenes, un cuadro de frecuentes episodios de dolor de cabeza. A los pocos días comenzó a preocuparle la idea de poder tener "un tumor en la cabeza". Fue valorada por neurología y diagnosticada de cefalea tensional y dada de alta con tratamiento sintomático para seguimiento por su médico de Atención Primaria. Un mes después del inicio del cuadro la paciente tuvo un episodio de intensa ansiedad de noche, estando sola en casa, caracterizado por intenso dolor en el pecho, taquicardia, mareo, parestesias en las extremidades superiores, visión borrosa, sensación de túnel y desvanecimiento (que duró unos segundos). Acudió a urgencias y tras exploración se descartó organicidad y se diagnosticó de crisis de angustia (ataque de pánico. Fue derivada a cardiología atribuyéndose todos los síntomas a la ansiedad. En los meses siguientes, episodios parecidos se repitieron en 4 ocasiones más. Desde hace 6 meses, aunque persiste un intenso miedo a que se repitan y a sus consecuencias, no han vuelto a ocurrir episodios de tanta intensidad. Admite que su principal temor a estos episodios es que vuelva a perder el conocimiento como en la primera ocasión y que "no vuelva a despertarme". En los últimos meses ha dejado progresivamente de realizar actividades que no le resultan seguras, evita estar sola, únicamente sale con su madre, ha dejado de ir a clase e incluso duerme en ocasiones con su madre. Aunque no toma el tratamiento farmacológico ("no me hacía nada") siempre lleva una pastilla consigo. En la actualidad los dolores de cabeza son menos frecuentes (aunque no han desaparecido), pero sus temores a una enfermedad grave reaparecen ante "cualquier síntoma": molestias digestivas, bultos en el pecho durante la menstruación, etc. "Cualquier cosa me hace pensar que tengo un cáncer". Suele buscar información en internet sobre sus síntomas y acude cada vez que se angustia al médico de cabecera y continuamente le cuenta a su madre si le preocupa algo. Frecuentemente se auto-observa y está pendiente de sus síntomas. Refiere tener miedo a "tener algo" y que sea tarde cuando se lo detecten. El padre de la paciente falleció en casa, en su presencia, tras ser dado de alta hospitalaria en una situación terminal. La paciente (que en ese momento tenía 10 años) no fue informada de la gravedad ("yo veía a mi padre enfermo, pero pensaba que sería como una gripe, que se le pasaría"). Al fallecer su padre, durante unos meses estuvo retraída, irritable, con bajo rendimiento escolar y sin poder llorar. Tenía miedo a dormir sola, por lo que dormía con su madre. Estuvo en tratamiento psicológico durante un año y progresivamente fue mostrándose más alegre y sociable y recuperó el rendimiento escolar, pero durante años evitó hablar de la enfermedad de su padre. A los cuatro meses del fallecimiento de su padre, falleció, también de cáncer, su abuelo paterno. Fuente. Material aportado por J. López Santiago y disponible en Belloch, A., Barreto, P., Baños, R., Galdón, M.J., García-Soriano, G., González, R., Montoya, I., Pérez, M.A., y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract20.pdf>

Caso 12. María

“Mujer de 56 años de edad enviada por su médico de cabecera por estado de ánimo triste. La paciente refiere decaimiento, apatía, pesimismo y labilidad emocional relacionados con su cuadro orgánico de base. La paciente es la cuarta de 5 hermanos. Parto y desarrollo psicomotriz normal, infancia y adolescencia normales, escolarizada hasta los 14 años. Aún con corta edad, fallece su padre, la familia sufre problemas económicos y cambia de domicilio, entonces la paciente comienza a trabajar en una fábrica de calzado. A los 22 años se casa y se dedica a las tareas de la casa y a sus tres hijos. Cuatro años después comienza a trabajar en un supermercado familiar como dependienta. Tras una situación económica difícil, el supermercado se cerró y ella dejó de trabajar fuera de casa. En todos estos años tan difíciles la paciente se define como una persona perseverante, luchadora y emprendedora. Actualmente vive con su marido. Desde hace unos 15 años, coincidiendo con su desempleo, la paciente presenta quejas inespecíficas como algias en diversas zonas, molestias visuales, sensación de plenitud abdominal, dificultad respiratoria, dolor torácico y quejas sexuales. Hace 9 años es diagnosticada de Síndrome de Sjogren. Tras recibir este diagnóstico, la paciente reinicia con más empeño una demanda itinerante de atención médica y exploraciones diagnósticas repetidas en varios centros hospitalarios y pasando por múltiples especialistas (traumatología, reumatología, neumología, digestivo, ginecología, urología), sin resultados que justifiquen la sintomatología referida por la misma. Aunque los resultados negativos de las pruebas y las explicaciones de los especialistas no consiguen aliviar su preocupación, produciéndose en ocasiones deterioro de la relación médico-paciente. A pesar de ello, fue recibiendo numerosos diagnósticos, como por ejemplo, pérdida de visión sin especificar o fibromialgia. Durante los últimos 3 meses de seguimiento en salud mental aparece de forma brusca un cuadro de ataxia de la marcha, con pérdida de sensibilidad en varias partes del cuerpo, por este motivo es ingresada en dos ocasiones en el servicio de neurología para estudio siendo diagnosticada de trastorno del habla pendiente de diagnosticar. Absolutamente todas las pruebas son normales: analítica con bioquímica, hemograma y coagulación, marcadores tumorales, ECG, radiografía de torax, TAC cervical y torácico, EMG y potenciales evocados, Angio -RMN de TAS y polígono de Willis, RMN encefálica. Tras estudio por ORL se descarta toda patología de las cuerdas vocales o tic fonatorio, y la paciente es enviada al logopeda sin ningún cambio durante este tiempo. Hay que destacar la mejora de la distonía cuando la paciente es distraída. La evolución de la paciente permite apreciar un aumento de la negación, no aceptando la contribución de los aspectos emocionales en sus síntomas somáticos. Además, se evidencia gran suspicacia, enfado e incluso cólera, cuando se le confrontaba con la normalidad de las pruebas solicitadas, respondiendo "no me encuentran lo que tengo, se empeñan en que no tengo nada". A pesar de las numerosas pruebas realizadas sin hallazgos y los numerosos tratamientos sin mejora de su estado, la paciente insiste en realizarse nuevas pruebas y tratamientos "quiero que me pongan células madre". A pesar de ser un cuadro muy invalidante, la paciente prefiere ir sola a todas las consultas, refiriendo que "esto no puede mejorar porque lo tengo todo muerto por dentro", contado sin ninguna angustia e incluso jactándose a veces. No manifiesta sintomatología afectiva mayor ni gran angustia. Refiere insomnio y pérdida de apetito. No manifiesta sintomatología psicótica. Pensamiento lógico y coherente con ideas sobrevaloradas de minusvalía e ideas perseverantes relacionadas con sus

síntomas somáticos.”. Fuente. Castillo, M.P., Ziadi, M., Garcia, R., Dani, R., Garcia, C., Fenollar, F., Marti, A. (2010) 11º Congreso virtual de psiquiatría. Psiquiatria.com Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/978>

Caso 13. Ramón

Tiene 36 años y trabaja de dependiente en una tienda de productos de 1 euro en Valencia. Acude a la unidad de salud mental enviado por su neurólogo. Exámenes neurológicos exhaustivos no revelaron ningún daño cerebral o nervioso que pudiera dar cuenta de la parálisis. Había recibido terapia de rehabilitación dos veces a la semana durante dos meses con poca mejoría. Su problema consiste en que hace seis meses que no puede mover ni su brazo ni mano derecha. El problema comenzó un día que había salido al campo con sus amigos, habían bebido unas cervezas, y se dio un golpe fuerte contra un algarrobo. Se hizo unos rasguños y quedó dolorido. Sus amigos indican que inmediatamente después del incidente parecía “atontado” y “sin sensibilidad”. A los pocos minutos estaba consciente pero se quejaba de entumecimiento. Fueron a urgencias y descartaron cualquier lesión. Sin embargo, siguió con la sensación de entumecimiento y desde entonces no puede mover ni su brazo ni mano derecha, motivo por el que está de baja desde entonces. En el momento de la exploración colabora aunque parece indiferente a sus síntomas.

El paciente afirma que nunca ha consumido drogas y que tiene una buena salud. Se escribe como una persona “tímida” y sensible, con dificultades para relacionarse con las chicas por su timidez. Hasta hace 6 años vivía en su pueblo natal, a 45 km de Valencia, sin embargo se había mudado a la ciudad con su anterior pareja, y se había quedado a vivir ahí. Afirma que vivir en la ciudad no le gusta nada, que seguía ahí porque tenía trabajo. Hacía 3 meses que había discutido con el dueño de la tienda donde trabajaba. Según Ramón “ese hombre está abusando de mí”, “me tiene con un sueldo mísero”,... Ahora que está de baja, pasa temporadas en su pueblo con sus padres.

Caso 14. Álvaro

Tiene 37 años, es soltero y es el dueño de un restaurante en un pequeño pueblo de Alicante. Está en tratamiento a raíz de ser acusado por agredir al dueño de una bodega del pueblo (Luis). Pasó unos días en prisión y luego fue liberado bajo fianza. Fue a la bodega de Luis, le acusó de haber tratado de hundirle el negocio y envenenarle al darle vino con veneno. Le dio una paliza y además destrozó todo aquello que se encontró por delante. Tres días antes había puesto una demanda contra Luis y su bodega, pero debido a que según Álvaro, “nadie iba a tomar medidas”, decidió tomarse la justicia por su cuenta. Durante la exploración se mostró orientado, hablaba de forma racional y lógica, y no tenía problemas de memoria. Negó que tuviera visiones u oyera voces.

Álvaro trabaja desde muy joven en el restaurante, y desde los 26 años, a raíz de la jubilación de su padre se encarga de todo. Trabaja incesantemente en el restaurante más de 16 horas al día, no tiene día de descanso, y afirma que está a punto de convertir su negocio en un restaurante de referencia en Europa.

Durante la entrevista se observó que Álvaro está muy preocupado por una conspiración que hay en su contra con el objetivo de destruir su negocio. El paciente informa que ha oído a sus propios empleados referirse a él como un “deshecho”, lo que parece una falsa interpretación de alguna conversación real. Los familiares

informan que durante los últimos meses ha tenido discusiones con sus empleados y exempleados, a los que acusa de robarle las ideas, y de tratar de entorpecer su negocio por envidia. Además, acusa a dos de sus empleados de ser cómplices del dueño de la bodega. Está convencido de que otro de sus empleados ha saboteado el sistema de calefacción por aire, y que está poniendo un contaminante en la calefacción para envenenarlo a él y a sus clientes. Por esta razón hace tres meses que decidió no utilizar la calefacción pese a tratarse de los meses de invierno.

Álvaro tiene un hermano mayor y tres hermanastras más jóvenes. No hay historia familiar de enfermedades mentales en su familia. Su madre murió cuando él aún era pequeño, y su padre se casó con una mujer más joven. Se llevaba bien con su familia, pero a menudo tenía problemas con su madrastra a quien acusaba de no quererle como a sus otros hermanos. En la escuela tuvo un bajo rendimiento, abandonó el instituto y se puso a trabajar en el restaurante con su padre. Su rendimiento laboral ha sido siempre satisfactorio, sin embargo en los últimos meses ha empezado a tener problemas con sus empleados y proveedores.

Caso 15. José Antonio

José Antonio es un paciente varón de 29 años que ingresa de forma involuntaria procedente del servicio de Urgencias por alteraciones conductuales. No es fumador, y en el pasado ha consumido de forma ocasional alcohol y cannabis, con algún consumo puntual de cocaína. No existe diagnóstico psiquiátrico previo, y dos años antes de este ingreso realizó consulta en el Centro de Salud por sentimientos de extrañeza y tristeza, y acudió a tratamiento con el Médico de familia durante 3 meses. Lo dejó y empezó a seguir algunos tratamientos homeopáticos y dietas “especiales” para conseguir una mejoría de su estado de ánimo. Es natural de una gran ciudad. Es el tercero de cuatro hermanos (varón 3 años mayor, mujer 1 año mayor y varón 3 años menor). El embarazo, parto y desarrollo psicomotor se describen como normal. Enuresis nocturna hasta los 11 años. Tartamudeo en la infancia que persiste en situaciones de tensión. Escolarización normal, era un niño activo, hablador y revoltoso en clase, estudiante normal e integrado socialmente. A partir de los 18 años, se aísla en casa, restringe el ocio compartido y las relaciones con sus amigos. Rehúye las relaciones familiares y las responsabilidades y se dedica al dibujo y la pintura. Desde los 18 a los 25 años inicia diferentes cursos de formación que abandona casi al empezar, y realiza trabajos temporales en bares y en la construcción. Casi siempre abandona por la presión del padre que ridiculiza sus intentos y minusvalora lo conseguido. A los 26 años, inicia un curso de dibujo y pintura, que abandona por sentirse incapaz de concentrarse y diferenciar adecuadamente los colores y formas. En el momento del ingreso (29 años) lleva tres años sin trabajar, y convive en el domicilio familiar con sus padres (jubilados) y su hermano menor. Heterosexual, ha mantenido varias relaciones de alguna intensidad, pero sólo una relevante para la persona, que se mantiene en el momento del ingreso. No mantiene relaciones cercanas de amistad. Sus padres lo definen como sensible y cariñoso, aunque “cabezón”, terco, con poca tolerancia a la frustración, frente a la que reacciona con explosiones de ira de escasa intensidad y sobre todo con aislamiento. Dependiente en todo lo cotidiano de su madre. Su padre expresa frustración por lo “que se ha convertido su hijo” y manifiesta conducta activa de rechazo a su conducta habitual. José Antonio define a su padre como una persona ordenada, maniático, rígido y solitario, y a su madre como una persona ordenada, protectora, entrometida y sociable. La relación de pareja es complicada. Cada miembro de la pareja mina la

autoridad del otro frente a los hijos, y en ocasiones se producen elevados niveles de hostilidad mutua. José Antonio siente que ha cambiado muchas de las cosas por temor a los enfrentamientos entre sus padres, y tiene esta sensación desde que era pequeño, aunque ahora es más intensa. Expresa una relación de rabia contenida hacia su padre y de dependencia hacia su madre

En los últimos 8 años, refiere un incremento de lo que él llama su *mal cambio*: Aislamiento progresivo, evitación del contacto con familiares y amigos, se empieza a interesar por el mundo de “*los fantasmas*”, se vuelve más introvertido y menos comunicativo. Se evidencia una creciente suspicacia que se concreta en un miedo a que le perjudiquen y le hagan enfermar, con frecuentes enfrentamientos con su padre, se niega a comer los alimentos preparados por su madre e inicia una conducta alimentaria anárquica y descompensada. Pierde interés por la pintura, o solo le interesa para pintar su cuerpo que se embadurna en ocasiones con pinturas y cremas; pierde interés sexual y presenta un comportamiento inadecuado: se pasea desnudo por la casa, come con las manos, se niega a usar jabón... En estos años su hermano y hermana mayores se emancipan y “huyen” del domicilio familiar, lo que es motivo de reproches del padre y de comprensión culposa de la madre: “*yo comprendo que no tienen por qué aguantar esto, yo soy su madre y no tengo más remedio*”.

En los meses previos al ingreso, aparece una sensación creciente de perplejidad, con numerosos soliloquios. Aparece un discurso divagante, desorganizado e incoherente, una importante desinhibición sexual que refiere no poder controlar y que vive como *impuesta por su madre y su padre*, comienza a hablar con “sus amigos invisibles” con los que mantiene conversaciones agotadoras.

En la entrevista exploratoria, se muestra tranquilo, colaborador, consciente y orientado, en un estado de alerta, con perplejidad y mirada esquiva. Su discurso es espontáneo, con aumento del tiempo de latencia en las respuestas, incoherente, disgregado, con frecuentes descarrilamientos, no estructurado, tangencial. No presenta alteraciones del ánimo, aunque se muestra perplejo por lo que le está sucediendo. No presenta auto ni heteroagresividad, y expresa conciencia parcial de enfermedad, o de que le “ocurre algo raro, paranormal”. Considera que sus padres están contentos de lo que le está pasando, y cree que algo tienen que ver en ello. La evaluación psicológica inicial descarta dificultades en la capacidad intelectual, y se evidencia una personalidad extrovertida, emocionalmente espontáneo. Conserva un alto nivel de aspiraciones personales y hace desesperados intentos para evitar sentirse invadido emocionalmente. La imagen de sí mismo está desvalorizada y predominan el aislamiento y la presencia de componentes hostiles hacia sí mismo y hacia el entorno. Tras la instauración de tratamiento psicofarmacológico y de psicoterapia de apoyo y direccional, con abordaje sistémico de la problemática familiar, la evolución de José Antonio durante la hospitalización (4 semanas) ha sido favorable: Menor presión de pensamiento, mayor agilidad mental, disminución de la sensación de perplejidad, se mantiene la tendencia al aislamiento, y disminuyen “las conversaciones con sus amigos invisibles”, mejora la relación familiar y disminuye algo la conciencia delirante. Se propone el alta y se ofertan las estrategias de seguimiento adecuadas al caso para que sean desarrolladas por su Centro de Salud Mental de referencia.

Caso 16. Ana

Mujer, 28 años evaluada en consultas externas y posterior ingreso en psiquiatría. Motivo de su ingreso: “Vomito todos los días”, “Estoy deprimida”, “He bajado de peso”, “Ahora estoy con bulimia”, “Quiero salir adelante por mi hija”. Además presenta irritabilidad, pérdida importante de peso, alteraciones menstruales, ideas de desesperanza e impotencia. Historia de la enfermedad actual: evolución desde los 14 años de edad cuando fue víctima de burlas de su profesor de educación física, quien le decía que estaba muy desarrollada y gorda; empezó a sentirse despreciada y sentirse con sobrepeso cuando sus amigas se burlaban de ella. Cada día al levantarse y mirarse al espejo ella percibía que: tenía la cabeza muy grande y redonda además consideraba que su silueta corporal era desagradable ya que no tenía la figura deseada ni cintura, por esta razón decide alejarse de sus amigas de colegio y aislarse evitando de esta manera las burlas que recibía de ellas. “Yo era coqueta” refiere pero al mirarme en el espejo veía una persona que no podía ser bella por tener una cara tan redonda con los ojos hundidos y un cuerpo sin forma. Es por esta razón que empieza a ocultar la comida que le daban en bolsas de plástico que después tiraba a la basura. Durante este tiempo nota que su periodo menstrual se torna primero irregular con periodos irregulares de 2 a 3 días, luego 1 a 2 días y finalmente desaparece por un lapso de 10 años. Comienza a trabajar en una fotocopiadora, lugar donde conoce a su primer novio. Él le decía que estaba un poco gorda y por eso la llamaba “*globito*”, “*gordita*”, “*garrafita*”, lo que empezó a preocuparla más. Su novio le decía que estaba mejor que cuando la había conocido, pero ella desconfiaba de esa expresión por lo que decide intentar provocarse vómitos después de ver un documental de televisión donde una joven se provocaba vómitos metiéndose la mano en la boca. La frecuencia fue aumentando a una vez a la semana, una vez cada dos días y finalmente diaria. Incluso ya podía meterse en la boca toda la mano para provocarse el vómito, describiendo incluso que tenía marcas de los dientes en la mano y los dedos. Las actividades en su trabajo se tornan más difíciles, no podía concentrarse. Empezó a notar que perdía cabello, se le cayeron las pestañas y las cejas, empezaron a deteriorarse sus dientes, constantemente se encontraba estreñida y cada vez, según referencia de la madre, estaba más delgada y pálida; motivos por los que empezó a tener más control por parte de su familia para que no fuera al baño o a su cuarto a vomitar después de las comidas. Sus familiares entonces la llevan obligada a un centro sanitario donde es valorada por medicina interna. Con esta conducta de vómitos provocados continúa hasta los 20 años, escapando del control de la familia, refiriendo que sentía que no tenía el peso adecuado y necesariamente debía bajar de peso; continuando con la conducta de comer pocas veces al día tomando por lo menos un litro de agua cada día y realizando ejercicios en forma intensa cada vez que podía. A los 21 años empieza una dieta de pan con té en la mañana y la noche y cuando se sentía ansiosa y preocupada comía en forma exagerada, principalmente cuando sus familiares le llamaban la atención respecto a su conducta, vomitando posteriormente todo el alimento que ingería. Durante este tiempo no podía concentrarse en los estudios ya que pensaba durante el periodo de clases qué alimentos comería al salir del colegio y luego llegar a su casa y considerar la forma más fácil de vomitarlos. Fuente: Guzmán, R.E. (nd) <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1052/1/Anorexia-nerviosaCaso-clinico-psiquiatrico.html>

Caso 17. Marcela.

Mujer de 38 años, casada desde hace 7 años, con un hijo de 16 de un matrimonio anterior. Es enfermera y trabaja en un hospital. Su marido es médico. No tiene hijos con su actual marido, el cual no ha estado casado con anterioridad. Su primer matrimonio duró un año y el divorcio resultó muy traumático debido a los problemas económicos graves que le causó su ex-marido, quien según la paciente, siempre fue bastante “psicópata”. Este nunca se ha ocupado del niño, que padece una enfermedad celíaca. A pesar de las muchas dificultades sociales (rechazo familiar por el divorcio) y económicas (desfalco de su marido en la empresa en la que trabajaba, hipoteca de la vivienda, deudas, etc.), consiguió solucionar el problema por sus propios medios “y trabajando 40 horas al día” según relata.

Presenta un buen nivel de adaptación social, nunca ha tenido problemas laborales, ni dificultades para establecer y mantener buenas relaciones sociales. Se describe como una persona fuerte, capaz de afrontar y solucionar problemas, sincera, razonablemente segura de sí misma, flexible y muy paciente. Le gusta el orden y disfruta con el arreglo de la casa, con las plantas, haciendo cerámicas, etc. Su adaptación laboral es excelente y está considerada como muy buena profesional por sus compañeros y superiores.

Su actitud durante la entrevista es colaboradora y franca, no rehúye los temas, y su discurso es coherente y adecuado. Está muy motivada y resuelta a solucionar sus problemas y se muestra dispuesta a colaborar. Acude sola a consulta y por iniciativa propia.

El problema por el que demanda consulta es lo que llama “obsesión por la comida”. Señala que pasa gran parte del día pensando en comer y que a pesar de los muchos intentos que ha hecho por controlarse, no lo ha conseguido. La “obsesión por la comida”, le sobreviene especialmente cuando está sola en casa por las tardes, después de la hora del almuerzo que suele realizar en el hospital. Raras veces le asaltan ideas de este tipo cuando está ocupada o trabajando. Intenta luchar contra la idea (“intento no pensar en comida”) pero no lo consigue y acaba “sucumbiendo” a ella. Ese “sucumbir” se suele traducir, en comer sin parar lo que encuentre (almendras, chocolate, pasteles, queso,..) hasta que se siente absolutamente llena y “a punto de reventar”. No tiene preferencias especiales por algún alimento en particular. Durante el último año, estos episodios se han venido produciendo prácticamente a diario. Califica su estado emocional durante todo el tiempo de ingesta como de “anestesiado”. Sin embargo, cuando da por terminada la ingesta experimenta una gran tristeza, intensos sentimientos de culpa y auto-desprecio “por no haber podido controlar la situación”. No se provoca el vómito. Tampoco emprende comportamientos rituales relacionados con la preparación de la comida que va a ingerir, con la compra previa de alimentos, etc.

El inicio del problema lo sitúa 6 años atrás. Por esa época fumaba mucho y padeció neumonías repetidas a partir de las cuales decidió dejar de fumar. Como consecuencia del abandono del hábito tabáquico y del reposo forzado que tuvo que hacer para recuperarse del último episodio de neumonía, engordó unos 10 kg en los 12 meses posteriores.

A partir de entonces, insatisfecha con su imagen corporal (que siempre había sido buena y “delgada”), comenzó a visitar endocrinólogos que la han sometido a diversos

tipos de dieta, que nunca ha conseguido realizar adecuadamente. Actualmente presenta un índice de masa corporal de 30. Dice estar “a dieta constantemente”, porque durante todo el día está pendiente de no comer más de lo estrictamente necesario, restringiendo habitualmente su alimentación a verduras crudas o cocidas, frutas, y pescado o carne de ave a la plancha. Está muy insatisfecha con su imagen corporal (“no me gusto nada a mí misma. Por ejemplo, me desespero y me hundo cuando tengo que comprarme ropa. Me veo y me doy asco. Por eso siempre voy con faldas largas y camisolas que parecen los camiones de mi abuela”).

Su estado de ánimo es claramente disfórico, llora varias veces durante la entrevista, presenta insomnio (despertar precoz), fatiga, anhedonia y ligera apatía. En los últimos 3 meses dice sentirse triste, vacía, y sin ganas de hacer nada casi todo el tiempo, ha perdido el interés por cosas que antes le distraían (hacer cerámica, leer, salir con amigos), y de hecho rehúye el contacto social porque se siente cada vez más insegura en las reuniones sociales y piensa que los demás tienen una mala opinión de ella “porque estoy gorda”. Aunque dice no haber pensado nunca seriamente en el suicidio, manifiesta ideas recurrentes de muerte (“a lo mejor si me muero se soluciona todo. Ya habríamos acabado.”). Su nivel de autoestima actual es muy bajo, así como su autopercepción de competencia. Aunque su trabajo le sigue resultando satisfactorio, tiene la sensación de que a veces se “despista”, porque no se concentra bien en lo que hace, y tiene la convicción de que su rendimiento laboral ha disminuido mucho y que no está siendo tan eficaz como solía.

Mantiene excelentes relaciones con su hijo. Dice que se siente apoyada y querida y que confía en él plenamente. Está convencida de que su hijo conoce su problema, a pesar de los esfuerzos que ella hace por ocultarlo (los periodos de ingesta voraz los lleva a cabo siempre que no hay nadie en su casa), y lamenta mucho que el chico “se preocupe por mí”.

Caso 18. Puri

La paciente tiene 20 años y es estudiante de baile clásico. Acude al médico de atención primaria porque sus padres insisten mucho. Según describe la propia paciente tiene problemas con la comida desde hace 5 años, cuando, sin saber muy bien por qué, empezó a inducirse el vómito cada vez que tenía un “atacón” según sus propias palabras. Desde los 13 años mantenía una dieta estricta según las pautas sugeridas por su profesora de baile. Según describe la paciente, durante los últimos 2 años, cada noche, al acostarse sus padres, tiene atracones y se induce el vómito. Los atracones consisten en comer varios paquetes de 8 unidades de tortitas de maíz, o de vez en cuando, una tarrina de medio kilo de helado envasado del supermercado. Hasta el momento actual, María ha negado sistemáticamente tener problemas con la comida. La paciente mide desde los 15 años 173 cm. Nunca ha pesado más de 48 kg (cuando tenía 15 años), peso con el que se describe como “gorda”. En los últimos años pesa entre 40-41 kg. Debido a que estudia baile clásico, hace ejercicio a diario. La paciente niega el uso de laxantes, diuréticos o productos dietéticos para controlar su peso. Evita comidas con alto contenido en grasas y se prohíbe cualquier dulce. A los 15 años, cuando pesaba 48 kg., tuvo dos periodos menstruales y desde entonces no ha vuelto a tener la regla.

Caso 19. Antonia

Antonia tiene 58 años, está separada y tiene un hijo, Daniel, de 17 años. Tiene estudios universitarios superiores (Economista) pero trabaja como empleada

doméstica en varios domicilios y clínicas desde que se separó, cuando Daniel tenía 2 años. Cuando terminó la Universidad trabajó unos años en una delegación de la Hacienda Pública, puesto al que accedió por oposición. Cuando se casó, a los 40 años, abandonó su trabajo y cambió de ciudad. Al separarse (estuvo casada 2 años) comenzó a realizar su trabajo actual. Su separación matrimonial supuso un problema grave con su familia de origen, de fuertes convicciones religiosas y con normas morales muy estrictas que Antonia tiene muy interiorizadas. Desde entonces, ha dejado de mantener contacto regular con su familia (solo se han encontrado con ocasión del fallecimiento de su padre). Acude a nuestra consulta para la evaluación de su estado mental y capacidad para mantener la tutela de su hijo, a requerimiento de los servicios sociales y judiciales y, sobre todo, porque el cura de la parroquia en la que trabaja como limpiadora la ha convencido de ello: ha sido denunciada por la escuela a la que acude Daniel por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, y por su ex marido ya que desde que se separaron Antonia no le ha permitido ver a Daniel más que en contadas y breves ocasiones. También ha rechazado sistemáticamente el pago de la pensión alimenticia (“porque no la necesito ni la quiero”), devolviendo los ingresos que le remitía su ex marido. Viene acompañada de su hijo, aduciendo que no se fía de “dejarlo solo en la casa, por si se escapa o lo raptan”. Cuando le preguntamos quién puede raptarlo, responde que su ex marido. Y ante la pregunta de si se ha escapado alguna vez, dice que nunca “al menos que yo sepa”. En los últimos cinco años ha cambiado de domicilio en 10 ocasiones por distintos motivos, siempre relacionados con sospechas y desconfianza hacia sus vecinos por los motivos más dispares (“me robaban la luz”, “me rompían las bombillas del rellano”, “hacían mucho ruido justo cuando nos íbamos a dormir”, “había un drogadicto que vivía en la finca”, o “se burlaban de mi hijo”), o por el temor a que su ex marido la encontrara y “raptara” a su hijo. Aporta escritos de las familias para las que trabaja en las que se elogia su dedicación, el cumplimiento de los horarios, su discreción, su educación, y su seriedad. Relata que nunca ha tenido amigas (ni amigos) íntimos “porque de joven siempre he sido muy adulta y no me encontraba a gusto con la gente de mi edad. Además, mis padres eran muy estrictos, y cuando salía del trabajo o de las clases, prefería irme a casa y estar con ellos. Y ahora no tengo tiempo para hacer amistades”. Así pues, su vida social se redujo siempre a las relaciones con la familia nuclear (sus padres, un hermano mayor, y los abuelos paternos). Actualmente, su vida social se reduce a la convivencia con Daniel: no ha salido nunca de vacaciones (“es una pérdida de tiempo y además la gente se vuelve loca y no se puede ir en paz a ningún sitio”) y pasa los días de fiesta en su casa con su hijo (“es donde mejor se está, y nadie te molesta”). Daniel se muestra sumiso y callado, pero Antonia nos dice que le ha resultado muy difícil de educar porque “es hiperactivo” (no hay diagnóstico que corrobore esta afirmación, y la apariencia y comportamiento del chico no la avalan en absoluto). Por otro lado, Daniel aparenta menos edad de la que tiene: va vestido con pantalones cortos, y su discurso y lenguaje empobrecidos no se corresponden con el esperable. Cuando le preguntamos por las razones de las faltas de asistencia de Daniel al colegio (va 3 cursos por detrás de lo que le correspondería), nos dice que únicamente ha dejado de asistir por enfermedad (“se resfría muy a menudo, y es asmático como yo”) y que la demanda se la ha puesto una nueva Asistente Social que no la conoce pero que “es amiga de una ex vecina que fue la culpable de que me tuviera que cambiar de casa hace dos meses”. Le pedimos el informe del médico sobre el diagnóstico de asma de Daniel, y nos dice que no lo tiene “porque el médico de atención primaria, que es nuevo y no conoce la historia de mi hijo, no lo ha querido

hacer y está empeñado en que el chico está bien, pero yo sé que es asmático porque yo le oigo toser y tose como yo". Nos muestra, no obstante, un informe del pediatra que atendía a Daniel cuando tenía 8 años en el que consta diagnóstico de asma alérgica estacional. Con respecto a su negativa a que su ex marido visite a Daniel, dice que ella nunca se ha negado, pero que el padre "nunca ha respetado las condiciones". Entre esas condiciones están las siguientes: que lo visite en su casa (nunca fuera de ella) y siempre que ella esté presente. Estas condiciones no fueron las que se acordaron en el proceso de divorcio, y es una de las razones por las que el padre de Daniel ha interpuesto la demanda. Antonia admite que no siempre ha comunicado a su ex marido o a su abogado sus cambios de domicilio y que "puede que por eso algunas veces no lo haya encontrado cuando iba a buscarlo, pero yo no tenía tiempo para decirle dónde vivíamos: además, cuando ha querido, ha sabido encontrarnos. Y, su abogado nunca está y yo no voy a perseguirlo". Insiste por otro lado en que no se fía de su marido, y que tiene "pruebas suficientes" para eso: "es un mal hombre y un mal padre: la prueba está en que se ha casado otra vez y se ha vuelto a divorciar, porque se pasa la vida de juerga. Además, ha tenido que cerrar el negocio que tenía -una tienda de comestibles- porque no sabe trabajar ni cumplir con sus obligaciones". Posteriormente supimos que las opiniones de Antonia sobre su ex marido eran en parte ciertas: Había constancia de varios negocios fracasados por impagos, junto con denuncias de dos entidades bancarias por la misma razón. Se había casado y divorciado en cinco ocasiones (más de las que Antonia creía saber, por tanto), si bien mantenía buenas relaciones con sus hijos (tenía otros cinco) y sus ex esposas. Hay que destacar, además, que solo en contadas ocasiones no había cumplido con sus obligaciones económicas en relación con sus hijos. Al parecer, la mayor parte de sus problemas financieros se debían a una ludopatía por la que nunca había aceptado recibir tratamiento, unida a un consumo excesivo de alcohol en algunos periodos de su vida. Ninguno de estos hechos era conocido por Antonia. Antonia era consciente de que tenía un problema grave, pues corría el riesgo de tener que afrontar un juicio. A lo largo de la entrevista llegó a admitir que su hijo había faltado demasiado a la escuela sin justificación razonable, pero lo atribuyó a "que no puedo fiarme de mi ex marido, y además el chico está en una edad muy mala y las mujeres lo pueden manipular". Fuente: Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (coord.) (2010) Tratado de Trastornos de la Personalidad. Síntesis (pág., 51-52).

Caso 20. Fernando.

Es un abogado de 30 años, que está preparándose desde que acabó los estudios (hace 6 años) para ser Juez (...). A continuación, se transcriben algunos fragmentos de la entrevista con Fernando:

Terapeuta (T): Me dices que pasas la mayor parte del día encerrado en tu casa estudiando. ¿qué tal lo llevan tus padres?

Fernando (F): "Bien, lo llevan bien, ... no todo el mundo entiende que te tengas que encerrar para preparar unas oposiciones... ellos lo aguantan bien... los dos se dedican al mundo de la enseñanza y en mi casa siempre ha habido libros, se ha dedicado tiempo a leer y esas cosas...creo que lo entienden".

T: ¿Colaboras en algo en casa, haces algo además de estudiar?

F: Pues no, porque mi trabajo es estudiar. Bueno, me ocupo de mi habitación, no me gusta que nadie entre ahí, que me toquen las cosas, tengo todos los temas de la oposición ordenados y si me los tocan me los pueden cambiar. Yo me ocupo de

limpiarla todos los días, aunque una vez a la semana mi madre se empeña en entrar ella y la repasa. Pero por mucho que se lo diga, siempre me cambia algo de sitio, o me lo lío. Y luego me toca a mi perder el tiempo poniendo otra vez todo en su sitio.

T: Sí, eso es verdad, tienes razón, cuando nos cambian los papeles de sitio...¿También te molesta que toquen tus otras cosas, tu ropa, las cosas de aseo, o solo lo que tiene que ver con la oposición?

F: Ah no, en general no me gusta que toquen nada mío. Cada uno pone las cosas como más le gustan, así que no hay motivos para que otro venga y las cambie. Si son mías, son mías.

T: ¿Y tu novia? ¿Te molesta que entre en tu habitación?

F: Claro que me molesta, pero como no tenemos otro sitio, me aguanto. Pero ella ya sabe que no puede tocar nada, y lo respeta. Además, como no se queda sola en mi cuarto, no hay problema. Está controlado. Y entra pocas veces además.

T: Eres un poco controlador, me parece.

F: Bueno. Las cosas tienen que estar bajo control. Es lo mejor.

T: No te gustan mucho las aventuras, o las novedades, ¿es eso?

F: Pues no. La verdad es que no.

T: Aunque no se trate de aventuras propiamente, ¿no te gusta por ejemplo viajar, conocer otros sitios, otras personas?

F: Pues no mucho, la verdad. No le veo la gracia a eso de irse de viaje, por ejemplo, como han hecho unos amigos de mi novia, sin saber dónde van a dormir, o lo que van a hacer, o lo que van a ver. Me parece una pérdida de tiempo. Tampoco tengo muchas oportunidades. Pero no es algo que eche de menos. Aunque tuviera dinero para gastarlo en lo que quisiera, creo que lo último que haría sería tirarlo viajando por ahí. Se está mejor en casa. El último viaje que hice, el de fin de carrera, fue un suplicio. La gente parece que se vuelva loca cuando sale de su casa.

T: ¿A qué te refieres con eso?

F: Pues a que todo se desmadra, que todo vale y yo no estoy de acuerdo con eso. Uno siempre tiene que ser el mismo, hacer lo mismo, comportarse igual, tanto si estás solo como si no. No soporto la hipocresía.

T: Quizá no es hipocresía, igual es que cuando uno se siente libre de obligaciones, hace cosas que en la vida cotidiana no puede hacer. Como cuando estamos de fiesta y bebemos una copa, y cantamos, o bailamos,no es algo que hagamos en el trabajo por ejemplo.

F: Pues será que a mí no me gustan las fiestas.

T: Y a tu novia, ¿tampoco le gusta viajar, ir a fiestas, salir por ahí, esas cosas?

F: Sí, a ella sí que le gusta. Pero ya sabe que si quiere estar conmigo, de viajar nada de nada. Ni ahora ni después. (...)

T: Háblame de tu trabajo. ¿Cómo es un día normal para ti, tu horario, etc.?

F: Me levanto a las 7 de la mañana, me aseo, tomo un café, y me voy a correr una hora. A las 8 llego a casa, me ducho, desayuno y a las 8:30 me siento a estudiar en mi cuarto. A las 14:30 me levanto para comer y a las 16 estoy de nuevo estudiando. A las

20:30 viene mi novia a recogerme, damos un paseo, y a las 22 vuelvo a casa. Ceno, leo un periódico o escucho algo de música, o veo una película, y a las 24 me voy a la cama. Dos tardes a la semana voy al Preparador 2 horas para que me escuche un tema (es algo habitual cuando se están preparando este tipo de oposiciones). Esos días no salgo con mi novia y recupero las horas de estudio perdidas.

T: ¿Y los fines de semana?

F: Lo mismo. Algún domingo por la tarde vamos al cine o a tomar algo, pero nada más.

T: Tiene que ser muy duro, tantas horas solo, enfrentándote a los libros, sin tiempo para disfrutar, para hacer otras cosas....

F: No, la verdad es que para mí no. Me gusta, estoy bien. Ya haré otras cosas cuando apruebe. Lo que me fastidia es el tiempo que he perdido estos meses con los ataques.

T: ¿Te has planteado cuánto tiempo vas a seguir estudiando, preparándote?

F: Pues no, eso no es algo que se pueda prever. Hasta que apruebe. Como se suele decir, quien algo quiere algo le cuesta.

T: ¿Cuántas veces te has presentado al examen?

F: Todavía ninguna. Aun no estoy preparado.

T: ¿Te lo ha dicho tu Preparador, es lo que él opina?

F: No, él cree que ya estoy preparado y que debería probar a ver qué pasa. Pero yo no estoy de acuerdo: hasta que no esté seguro de que puedo aprobar, no pienso presentarme. No creo que ganara nada yendo sin más a probar suerte. No me parece honesto. Fuente: Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (coord.) (2010) Tratado de Trastornos de la Personalidad. Síntesis (pág., 147-148).

Caso 21. Pedro

Varón, 45 años, soltero (...) Tres semanas atrás había sido ingresado de urgencia en el Hospital con una herida de arma blanca en el tórax por una pelea que había tenido con otro hombre en estado ebrio, y con el que al parecer “compartía” espacio para dormir en un caserón abandonado de la parte antigua de la ciudad. Pedro disponía de vivienda propia, pero en muchas ocasiones vagabundeaba por las calles y acababa durmiendo en el primer lugar que encontraba (portales, casas abandonadas, etc.). Cuando el Asistente Social fue a su domicilio, lo encontró en un estado lamentable por la suciedad y la falta de cuidados (no había luz ni agua corriente, los electrodomésticos eran inservibles, etc.), a pesar de pertenecer a un edificio relativamente céntrico de la ciudad, bien conservado. La vecina que más conocía a Pedro y su familia, informó que siempre había sido una persona muy rara y nada sociable, a diferencia de sus hermanos, y que su comportamiento excéntrico se había agudizado desde que hace 6 años murió su madre, con la que convivía.

Pedro había sido el menor de tres hermanos: el mayor murió 7 años atrás por suicidio. Por lo que se pudo averiguar, tenía una amplia historia de consumo de sustancias psicoactivas, básicamente heroína. El segundo de los hermanos, era investigador, vivía en Canadá desde hacía más de 10 años, y no mantenía contacto con Pedro desde la muerte de su madre. No tenía amigos ni era capaz de recordar otros parientes o familiares cercanos (de hecho, parece que toda relación con los familiares había terminado de forma abrupta a raíz de la muerte su padre, cuando

Pedro era adolescente, por cuestiones de herencia). Había estudiado Filosofía y había trabajado como bibliotecario en el Archivo Histórico de la Ciudad hasta dos meses después de que su madre muriera. Nunca había tenido novia ni había convivido con nadie que no fuera su familia nuclear.

Durante la entrevista se mostró correcto en todo momento, pero su expresión era fría y distante. Cuando le pedimos que relatara su vida (que nosotros ya conocíamos en buena parte), lo hizo sin dificultades y siguiendo fielmente la línea argumental, pero transmitía la impresión de que estaba hablando de otra persona, sin mostrar especial interés por ningún pasaje o episodio, incluida la muerte de su madre o el suicidio de su hermano (que tuvo lugar en el domicilio familiar: de hecho, fue Pedro quien lo encontró en el baño y se encargó de todos los trámites).

Le preguntamos si había algo de su vida que le hubiera gustado que fuera de otro modo y después de un largo silencio nos respondió lo siguiente: “no hay nada que se pueda cambiar ni vale la pena tampoco empeñarse en cambiar las cosas.” Ante la pregunta de si echaba de menos alguna etapa de su vida dijo, después de pensarlo bastante: “quizá cuando entré en la Universidad, los dos primeros años... algunas clases eran interesantes, no como las del Instituto, y algunos compañeros eran inteligentes, hablaban de cosas interesantes, de política, de cine, ... aprendías cosas... algunas veces salíamos al cine, o a beber algo... pero luego ya se pasó la novedad y ya no era tan interesante, ... además coincidió con la muerte de Franco y el lío de la transición y todo eso, y la universidad se puso insoportable, así que... bueno... acabé y ya está”. También le preguntamos la razón por la que había abandonado su trabajo en el Archivo y nos dijo “porque ya había aprendido todo lo que se podía aprender allí”, pero no lo relacionó en absoluto con el hecho de que su madre hubiera muerto, a pesar de que se lo sugerimos de diversas formas.

En cuanto a las razones por las que deambulaba por las calles dijo (con un ligero tono de enfado): “no deambulo, eso se lo han inventado... lo que pasa es que suelo salir por las noches porque hay menos gente y se puede caminar mejor y nadie te mira ni te pregunta... y lo que pasa es que cuando te quieres ir a casa, ya no hay autobuses o metro y entonces, si te cansas, pues te tumbas donde puedes y ya está... yo no molesto a nadie”. Con respecto al por qué no mantenía contacto con su hermano, dijo no saber la razón, pero a la vez admitió que no había respondido nunca a sus cartas (eso lo hacía, al parecer, su madre) “porque no tengo nada que contarle... Además, se fue porque quiso, así que si quiere algo de mi pues ya sabe dónde estoy... si quiere escribir, que escriba, que yo leeré sus cartas... no lo necesito para nada, y él tampoco a mí”. Con respecto a su madre, nos dijo que “era normal, hacía lo que tenía que hacer, buena persona, no se metía con nadie, nos educó bien...”. Y sobre el hermano que se suicidó, solo comentó “era un llorón, todo le molestaba, siempre estaba quejándose y pidiendo, así que estaba claro que no estaba a gusto en este mundo”. Finalmente, admitió también que en los últimos años había estado bebiendo demasiado y que en varias ocasiones había perdido el control lo que le había llevado a involucrarse en algunas peleas, razón por la cual había sido detenido en dos ocasiones y puesto en libertad al día siguiente. En todas estas respuestas, solo mostró una pequeña alteración emocional (enfado) cuando hablamos de su vagabundeo, y una cierta expresión facial de tristeza al hablar de su madre. Fuente: Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (coord.) (2010) Tratado de Trastornos de la Personalidad. Síntesis (pág., 59-61)

Caso 22. Pilar

Pilar es una mujer de 34 años, casada, con una hija de 8 meses. Estudios: FP de grado medio. Abandonó su actividad laboral cuando se casó. Es remitida para valoración de estado y, en su caso, tratamiento psicológico por psiquiatría tras un intento de suicidio ocurrido el mes anterior, que consistió en la ingesta de una dosis letal de antidepresivos tras una discusión con su marido. Inmediatamente después de la ingesta, se lo comunicó a su esposo, quien la llevó al hospital en donde quedó ingresada una semana. Al alta se le pautó un ISRS (Fluoxetina).

Queja principal motivo de consulta: Problemas de pareja. Miedo por volver a intentar suicidarse.

Síntomas: Tristeza, irritabilidad/ira y dificultades para controlarla, crisis de llanto, sentimientos de culpa, sensación de vacío e inutilidad personales, dificultades de concentración y planificación (por ej., de actividades cotidianas), insatisfacción vital, desesperanza, deseo sexual inhibido.

Historia personal / familiar. Se crio con su madre y su abuela, ya que su padre sólo convivía con ellas en periodos vacacionales. Según Pilar, ambas mujeres eran muy estrictas e intolerantes con ella. Su padre murió en un accidente laboral cuando Pilar tenía 13 años. Solo entonces se enteró de que sus padres no estaban casados y de que él tenía otra familia “legal” con la que convivía habitualmente. Esta información era conocida desde siempre por la madre y abuela. Dos años después murió la abuela, estando Pilar sola en la vivienda con ella cuando se produjo el fallecimiento. A los pocos días Pilar desarrolló sintomatología depresiva con ideación suicida, que remitió con tratamiento farmacológico. Superado el episodio, se instaura un período vital de normalidad: termina sus estudios, comienza a trabajar, hace amistades nuevas, y a los 17 años tiene su primer novio. La relación fue problemática desde el inicio, con discusiones frecuentes que, en algunos casos, incluyeron agresiones físicas por ambas partes. Cuando Pilar cumplió 18 años su madre sufrió un infarto cerebral y falleció 2 años después. Las relaciones con el novio se normalizaron y durante esos 2 años no hubo peleas ni rupturas. Al morir la madre, Pilar inició la convivencia con su pareja, empezó a trabajar, y se casó al cumplir 21 años. Al regresar del viaje de novios reaparecieron y se agudizaron los problemas de pareja, incluidas las agresiones físicas mutuas que, según Pilar, eran iniciadas siempre por ella. En uno de esos episodios, Pilar amenazó con tirarse por la ventana, lo que finalmente hizo. No hubo lesiones de importancia (vivían en un primer piso), pero el marido decidió iniciar los trámites de divorcio. La separación fue de mutuo acuerdo y comenzó lo que ella llama “la etapa del encuentro conmigo misma”. Empezó una actividad social y laboral intensa, hizo amistades, viajaba, inició diversas actividades (inglés, tenis...), aunque no persistía en ellas lo suficiente. Al final de ese período empezó a embarcarse en actividades económicamente arriesgadas (préstamos bancarios, juegos de azar) que acabaron por ponerle en apuros económicos graves. Su estado de ánimo decayó de nuevo y retornó la ideación suicida. En esta ocasión, gracias a la ayuda de una amiga (la única que, al parecer, ha mantenido a lo largo de su vida) decidió que debía encauzar su vida “y no repetir los errores de mi madre”. Se fijó como objetivo vital casarse “con un buen hombre y formar una gran familia con muchos hijos”. Conoció entonces a su actual marido, y tras un breve período de convivencia, se casaron y enseguida quedó embarazada de su hija. El embarazo resultó ser de alto riesgo y Pilar se vio obligada a guardar reposo la mayor parte del

tiempo. Cuando se acercó el momento del parto, presentó un nuevo episodio depresivo y pidió a su marido (con quien ya había empezado a mantener discusiones a diario) para que dejara su trabajo y la cuidara “porque tenía miedo de quedarme sola..., no sabía qué era capaz de hacer..., y yo quería tener a mi niña”. Después del parto se agudizó el cuadro depresivo, esta vez sin ideación suicida, que fue tratado con un ISRS. Los síntomas predominantes al inicio del cuadro eran irritabilidad extrema, insomnio, sentimientos de vacío, anhedonia, y pérdida de libido. Estos síntomas no han remitido con la medicación y culminan con un intento de suicidio que es el que motiva la consulta actual. Actualmente las discusiones con su marido son muy frecuentes y se acompañan habitualmente de agresiones verbales y/o físicas (solo por parte de ella). Se describe en estos términos: “no sé quién soy ni lo que quiero... no me reconozco a mí misma cuando insulto o pego a X (su marido)... mi madre se moriría de vergüenza si me viera hacer estas cosas, con lo estricta que era....Yo elegí a X por sus cualidades, tiene todo lo que yo buscaba en un hombre ... no sé por qué ahora no lo quiero, en realidad no sé lo que siento por él...puede que nunca le haya querido... yo quería casarme y tener hijos y ahora ya no sé qué quiero...no sé qué hacer con mi vida, no veo futuro...soy mala persona...”.

Caso 23. Luisa.

“Paciente de sexo femenino de 46 años, docente de la provincia de Buenos Aires, vive con sus 2 hijos: un varón de 17 y una mujer de 15 años. El esposo se fue de la casa hace 9 meses por no poder soportar la situación del juego, él tiene una pequeña industria que creo siendo obrero de fábrica para ofrecer un mejor bienestar a la familia. Ella comenzó a jugar al Bingo llevada por las compañeras de la escuela donde trabajaba. Iban a mediodía, almorzaban y jugaban, después empezó a ir todos los días a cualquier hora. Refirió que en ese momento el marido trabajaba mucho, incluso los fines de semana, y ella se sentía sola y deprimida. Acudía a un psiquiatra, una psicóloga y además iba a los grupos de Jugadores Anónimos pero decía que no le daba resultado. Estaba con permiso en su trabajo. Acude al Servicio acompañada por el esposo, con cuadro depresivo e ideas de suicidio, irritabilidad e impulsividad. En la entrevista el esposo refiere que se fue por desesperación, que no dejó de quererla, que había jugado gran cantidad de dinero que él guardó para montar la empresa y otro dinero que guardó para comprar un coche. El sueldo no lo utilizaba para la casa sino para ella y tampoco tenía nada de dinero. Cuando él se fue le daba diariamente dinero para la comida, todos los gastos los pagaba él y un día descubrió que los hijos no comían porque ella se jugaba ese dinero, hecho que ella reconoció, por eso su idea de desaparecer para no causar más daño. El esposo se compromete a colaborar. Se medica a la paciente. Tiene 3 recaídas en los 4 meses tras el inicio del tratamiento, lo que aumenta la desesperanza de la familia. Pasan 6 meses de tratamiento y se reintegra al trabajo en marzo del corriente año. Si bien la situación parece controlada no podemos decir que estamos seguros de una recuperación. Mejoró en cuadro depresivo y su impulsividad. Como antecedentes familiares de adicciones tenía un hermano jugador de casino, un tío jugador de carrera de caballos y el padre juega “mucho” a la quiniela desde que ella era pequeña”. Fuente. Extraído de Caso 2 en Calero, S. (2005). Ludopatía. Estadísticas y casos clínicos. *ALCMEON: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 47, 244-255. Disponible en http://www.alcmeon.com.ar/12/47/03_calero.htm

Caso 24. Lucía

Lucía es una mujer de 54 años, casada y con un único hijo de 30 años que ya vive fuera del hogar aunque hace visitas con gran frecuencia a sus padres. Es profesora de Historia del Arte en una universidad privada. Impartía docencia en una Universidad pública y se vio desplazada hace 3 años por un profesor que obtuvo la plaza que ella ocupaba como interina (asociada). Anteriormente al cambio experimentado en su vida no había presentado problemas psíquicos significativos. Su situación económica es “aceptable” ya que al menos, comenta, tiene trabajo y su marido también, lo que les permite llevar una vida bastante acomodada. Tras el cambio experimentado en su vida laboral, Lucía duerme “muy mal”, refiere que en total serán unas 3 o 4 horas máximo por noche lo que influye directamente en muchas áreas de su vida. Como está muy cansada durante el día, se siente irritable y “muy sensible” reaccionando excesivamente a cualquier molestia que se produzca en su vida, muchas veces se siente triste y tienes pensamientos de minusvalía. Considera que si hubiera realizado antes su tesis doctoral en lugar de dedicarse tanto a su familia, ahora ésta se lo agradecería. Siente como un fracaso el no haber sido capaz de publicar más en revistas internacionales que le hubieran permitido tener mejor currículum. Cree que es muy trabajadora y eso “la salva” pero no ha hecho las cosas como debiera. Su vida sexual también está afectada y su pareja realiza demandas sistemáticas “sin que pueda hacer nada por complacerle”, alguna vez, con mucho esfuerzo y sin mucha ilusión lo intenta y las cosas “no van mal” aunque no es igual que al principio. Durante los tres años tras el cambio, el insomnio ha persistido sin variaciones significativas, llevándole a alterar algunos de sus hábitos. Está menos tiempo en la cama, ve películas en la tele para “pasar el tiempo”, cuando no está muy cansada lee novelas o algún artículo de carácter profesional y come, sobre todo come chocolate lo que junto a escasa actividad física ha provocado que aumente de peso. Piensa que su vida es bastante desastre y algunos comentarios de su marido y de su hijo facilitan esta sensación. No tiene demasiada confianza en que las cosas puedan cambiar. Ha tomado distintos fármacos que le han recomendado sus amigos sin demasiado éxito. Está empezando a asumir que su vida va a ser así siempre, pero acude al psicólogo por si hubiera alguna posibilidad. Fuente. Belloch, A., Barreto, P., Baños, R., Galdón, M.J., García-Soriano, G., González, R., Montoya, I., Pérez, M.A., y Perpiñá, C. (2011). *Psicopatología*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, desde OCW de la Universitat de Valencia Web site: <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/psicopatologia/33319pract31.pdf>

Otros casos similares puedes encontrarlos en:

Berwick, P., & Janda, L. H. (1973). Self-directed treatment program for two cases of obsessive-compulsive behavior. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 10(4), 325–327. doi:10.1037/h0087611

Carcedo, L. L., & Vindel, a C. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad Y Estrés*, 14(2-3), 321–339. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_obsesivo_compulsivo.pdf

Carrió, C. (2004). Efectos a largo plazo del tratamiento cognitivo en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9 (2)(1998), 99–121. Doi:10.5944/rppc.9.2.3972 Disponible en: [http://www.aepcp.net/arc/02.2004\(2\).Carrio.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2004(2).Carrio.pdf)

Fernández-Jaén, A. (1998). Síndrome de munchausen por poderes: Presentación de un caso con epilepsia. *Revista de Neurología*, 26(153), 772–774.

González, S., Fontela, E., Ávila, M. J., Vázquez, C., & Serrano, M. (2006). Esquizofrenia y síndrome de Gilbert : A propósito de un caso. *Cadernos de Atención Primaria*, 13, 203–205. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/09_Casos_Clinicos2.pdf

Guilera, T., Porcel, A., y Monleón, V., Esquizofrenia con síntomas cenestésicos: Revisión histórica y clínica a propósito de un caso. Disponible en: http://www.spcv.org/index2.php?Option=com_content&do_pdf=1&id=33

Jacobs, L., & Dinoff, B. (2012). War-related somatoform disorder in an older adult veteran. *Clinical Case Studies*, 11(5), 376–392. Doi:10.1177/1534650112461848

Korenis, P., Gonzalez, L., Kadriu, B., Tyagi, A., & Udolisa, A. (2015). Pseudologia fantastica: Forensic and clinical treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 17–20. Doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.009

Landa-Contreras, E., Alvites-Ahumada, M. P., & Fortes-Álvarez, J. L. (2014). Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 791–795. doi:10.4321/S0211-57352014000400011

Lowrie, T. (2000). A Case of an Individual. *Focus on Learning Problems in Mathematics*, 22(1), 17–43. Retrieved from <http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=EJ612031>

Marco, J. H., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Aplicación de la terapia dialéctica comportamental al trastorno negativista desafiante en adolescentes: Una serie de casos. *Psicothema*, 25, 158–163. doi:10.7334/psicothema2012.119

Morillo-Verlarde, Lopez, A. I., & Santamaría, L. (1998). Síndrome de Capgras: Análisis crítico a propósito de dos casos. *Psiquiatría Pública*, 10(4), 233–238.

Muñoz, M. J., Castellanos, A., & M. (2014). Alucinosis alcohólica aguda femenina. A propósito de un caso A case report. *Psiquiatría Biológica*, 9(1), 55–57.

Nishihara, R. M., & Nakamura, C. T. (n.d.). A Case Report of Folie' a Deux : *Jefferson Journal of Psychiatry*, 43–50. Doi:10.3371/CSRP.TEMO.120912 Disponible en: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?Article=1339&context=jeffjpsychiatry>

Rezende Borges, L. De, Ramos Muñoz, Á., & González, J. C. (2011). La fuga disociativa: A propósito de un caso y una breve revisión bibliográfica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 725–731. doi:10.4321/S0211-57352011000400010

Riccardi, C. J., Timpano, K. R., & Schmidt, N. B. (2010). A Case Study Perspective on the Importance of Motivation in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 9, 273–284. doi:10.1177/1534650110376960

31. LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS: LA CLEPTOMANÍA Y EL JUEGO PATOLÓGICO

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo que el alumno identifique las características clínicas, epidemiológicas y de diagnóstico diferencial de la cleptomanía y del juego patológico de forma autónoma.

Instrucciones. Visualizar dos vídeos y responder a las preguntas asociadas a los mismos.

Caso/ vídeo 1. Visualiza el siguiente vídeo (duración de 3 minutos) y responde a las preguntas que aparecen a continuación.

Enlace del vídeo: <https://youtu.be/sgCv9PwykO8>

- Identifica las características del trastorno que aparece en el vídeo y sitúalas en un psicopatograma. ¿Cuál es la característica principal?

- ¿Qué elementos tendremos que tener en cuenta para diferenciar esta alteración de otro tipo de hurtos?

- Indica los datos epidemiológicos asociados al trastorno

Caso/ vídeo 2. Visualiza el siguiente vídeo (12 minutos de duración) y responde a las cuestiones que aparecen a continuación.

Enlace del vídeo: http://www.dailymotion.com/video/x85ja5_ludopatia-juego-patologico-alissa_school

- Identifica las alteraciones psicopatológicas que presenta Alisa
- Describe la historia de su problema
- Describe la interferencia que su problema genera en su vida

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J.J. (2014) Juego patológico y trastornos perturbadores del control de los impulsos. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carrobes, (Dir). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Robert, C. y Botella, C. (2008) Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

32. LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y SOMATOFORMES: LA HIPOCONDRIA

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo que el alumno identifique las características clínicas más relevantes de la hipocondría de forma autónoma.

Instrucciones. Visualiza el vídeo de 19 minutos de duración y responde a las siguientes cuestiones que aparecen a continuación.

Enlace del vídeo: http://www.dailymotion.com/video/xc5gz4_hipocondria-1-e

- Describe los síntomas principales descritos por los pacientes

- ¿Cómo es la relación de estas personas con los médicos?

- ¿Cuál es la reacción de los médicos ante estos pacientes?

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Chorot, P. y Martínez-Narváez, P. (2009) Trastornos somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol II. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Martínez, P. (2014) Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carroble, (Dirs). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

33. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo comprobar el grado en que los estudiantes están comprendiendo las diferencias entre los trastornos de la conducta alimentaria, y facilitar que elaboren la información expuesta en clase.

Instrucciones. Responde a las preguntas que se hacen a continuación para cada una de las siguientes alteraciones de la alimentación: obesidad, trastorno por atracón, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. Puedes emplear el siguiente esquema:

	OBESIDAD	TRASTORNO POR ATRACÓN	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
En qué rango está el peso: bajo peso, normal, sobrepeso				
¿Se dan atracones?				
¿Cómo se controla el peso o se compensa el atracón?				
¿Hay distorsión de la imagen corporal?				
¿Hay alimentos autoprohibidos?				
¿Se produce ansiedad tras comer?				
¿Cuál es la relación entre el estado de ánimo y los atracones?				

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Perpiñá, C. (2008) Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Perpiñá, C. (2014) Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carrobes, (Dir.). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

34. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: REVISIÓN DE CONCEPTOS

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo comprobar el grado en que los estudiantes están comprendiendo los elementos esenciales y las diferencias entre los trastornos alimentarios, así como facilitar que elaboren la información expuesta en clase.

Instrucciones. Indica el trastorno alimentario del que podría tratarse en cada una de las situaciones descritas a continuación. Plantea en cada caso qué información requeriríamos para hacer un posible diagnóstico.

Caso 1. El otro día vi a Marcos comerse una tarta entera, dos Donuts y dos bolsas de papas sin que se diera cuenta de que yo estaba allí. Cuando acabó se fue corriendo al cuarto de baño y escuché que estaba vomitando. Sospecharemos de ...

Caso 2. En los últimos meses hay ocasiones en las que Lucas come grandes cantidades de alimentos. Por ese motivo está aumentando de peso. Sospecharemos de ...

Caso 3. Pese a que está delgada, Beatriz quiere bajar de peso. Lleva la cuenta estricta de las calorías que consume, que las mantiene en 400 calorías al día. Además hace entre 3 y 4 horas de ejercicio físico al día. Sospecharemos de ...

Caso 4. Carmen consume grandes cantidades de alimento en poco tiempo. Luego toma laxantes y se ejercita durante mucho tiempo para no subir de peso. Lo ha hecho casi a diario durante varios meses y cree que se volverá fea e insignificante si no aumenta de peso, aunque se trate de unos gramos. Sospecharemos de ...

Caso 5. Carla ha bajado varios kilos y ahora pesa menos de 45 kg. Se come solo un poco de lo que su madre le sirve y teme que comer más de sus 500 calorías le haga engordar. Desde que bajó de peso dejó de menstruar. Al mirarse al espejo se ve gorda. Sospecharemos de ...

Caso 6. Javier llega a urgencias porque le lleva su madre, lleva llorado sin parar todo el día y se queja de dolor abdominal. Se le diagnostica una obstrucción intestinal y se le interviene. Los médicos encuentran en su intestino una bola de trozos de plástico, hilos y cabellos. Tras recuperarse de la intervención es remitido para tratamiento psicológico. La madre manifiesta que Javier se lleva a la boca todo lo que encuentra. Sospecharemos de ...

Fuente. Algunos de estos fragmentos de casos han sido modificados de Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). Trastornos alimentarios y del sueño. En D.H. Barlow y V.M. Durand, *Psicopatología*. Madrid: Thomson (pág., 285)

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Perpiñá, C. (2008) Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Perpiñá, C. (2014) Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carrobes, (Dir). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

35. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo facilitar la elaboración de la información en relación a las alteraciones de la alimentación.

Instrucciones. Visualizar dos fragmentos de documentales y responder a cada de las preguntas al respecto.

Caso/ vídeo 1. Caso Salina. Visualiza el siguiente vídeo (7 minutos de duración) y responde a las preguntas que aparecen a continuación. Enlace: http://www.dailymotion.com/video/x17zc2d_bulimia-salina_school Cuadro 120

- Describe los síntomas que presenta la protagonista y sitúalos en el psicopatograma
- Describe las características de sus atracones: qué ingiere, con qué frecuencia los tiene, son objetivos o subjetivos ...
- ¿Hace algo para compensar sus atracones? ¿qué? ¿con qué frecuencia?
- Describe las complicaciones físicas de su problema alimentario
- Describe la evolución del problema de alimentación de esta paciente

- Indica posibles factores de vulnerabilidad, precipitantes y mantenedores según el modelo de Toro y Vilardell (1987; descrito en Perpiña (2008)).

Caso/ vídeo 2. Joyce. Visualiza el siguiente vídeo (9 minutos de duración) y responde a las preguntas que aparecen a continuación. Enlace: http://www.dailymotion.com/video/xfqsj2_anorexia-joyce_school

- Describe los síntomas que presenta Joyce.

- Cuando dice que oye voces, ¿a qué puede estar refiriéndose?

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). Trastornos alimentarios y del sueño. En D.H. Barlow y V.M. Durand, *Psicopatología*. Madrid: Thomson.

Perpiñá, C. (2008) Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Perpiñá, C. (2014) Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carrobbles, (Dirs). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

36. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Objetivo de la actividad. Esta actividad tiene como objetivo facilitar la elaboración de la información en relación a los trastornos de personalidad.

Instrucciones. Tras leer las agrupaciones de características y síntomas, indica a qué grupo (clúster A, B, C) y trastorno de personalidad, siguiendo la clasificación categorial del DSM-5, podrían corresponder los siguientes síntomas.

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

<p>Suspicious: Suspechas de que los demás le están explotando, haciéndole daño o engañándole.</p> <p>Extrae significados ocultos de menosprecio o amenaza en comentarios o acontecimientos inocuos</p> <p>Predisposición a desarrollar celos patológicos: sospechas infundadas y recurrentes sobre la fidelidad de la pareja.</p> <p>Está preocupado con dudas sobre la lealtad u honradez de los amigos o asociados.</p>	<p>Como respuesta a ataques que percibe: responde con ira o contraataca</p> <p>Rencoroso (guarda rencor durante mucho tiempo, es decir, no perdona los insultos o los desprecios)</p>	<p>Reacio a confiar en los demás por el temor de que la información se use en su contra</p>
--	---	---

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

<p>Irritabilidad y agresividad (peleas...)</p>	<p>Falta de remordimientos/culpa</p> <p>Falta empatía</p> <p>Deshonestidad (mentiras repetidas...)</p> <p>Despreocupación imprudente</p> <p>Irresponsabilidad persistente (no normas)</p>	<p>Impulsividad</p> <p>Detenciones (no normas sociales)</p>
--	---	---

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Desapego, Embotamiento "Anhedonia" : disfruta con pocas actividades indiferente a la alabanza o a la crítica	Frialdad, Poco experiencias sexuales con otra persona.	interés con	Actividades solitarias No desea relaciones intimas No amigos íntimos
---	---	----------------	---

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Carece de empatía Envidia de los otros/ cree que los otros tienen envidia	Fantasías de éxito/ grandiosidad Preocupación por fantasías ... Cree que es especial y único sensación de «estar en su derecho»	Exige una admiración excesiva Conductas arrogantes
--	--	---

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios	Perfeccionismo Rigidez Meticulosidad, escrupulosidad inflexibilidad Estilo avaro	Dedicación excesiva al trabajo No delega Incapacidad para deshacerse
---	---	--

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado	Se ve: socialmente inepto/ inferior	Evita trabajos o actividades que impliquen contacto interpersonal (miedo rechazo, criticas...) Evita relacionarse con la gente Inhibido situaciones interpersonales
--	--	--

represión íntimas
Evita riesgos
relaciones íntimas

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Teatralidad al expresar emociones	Habla sin detalles, impresionar	Apariencia física llamar atención	Considera sus relaciones más íntimas de lo que son	Sugestionable Incómodo si no centro atención
Expresión emocional superficial		Conductas manipuladoras para satisfacer sus necesidades		
Labilidad emocional				

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Ideas paranoides transitorias (estrés)	Inestabilidad afectiva	Alteración identidad	Impulsividad potencialmente peligrosa	relaciones interpersonales inestables e intensas
	Ira inapropiada e intensa	Síntomas disociativos (estrés)	Amenazas/ conductas suicidas/ automutilación	
	Sensación de vacío		Esfuerzos titánicos evitar un abandono real o imaginario	

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Temores incapaz cuidarse	Otras personas asuman responsa- bilidad	Busca relación la fuente y apoyo	Poca iniciativa confianza	Evita mostrar desacuerdo
Preocupado por miedo abandono				
Dificultades toma decisiones				

Grupo: _____ Trastorno de personalidad _____

Experiencias perceptivas poco habituales	Ideas de referencia (no delirantes) Creencias extrañas o pensamientos mágicos Sospechas o ideas paranoides	Pensamiento y habla extraños	Afecto inapropiado o restringido Ansiedad social (asociada a temores paranoides/ no a evaluación)	Conducta o apariencia extrañas, excéntricas	Carencia de confidentes o amigos íntimos distintos de los miembros de la familia
---	--	------------------------------------	---	---	---

Material de apoyo para la realización de esta actividad:

Pelechano, V., De Miguel, A. y Hernández, M. (2008) Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (2ª edición). Vol I. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Caballo, V., Salazar, I. y Irurtia, M.J. (2014) Trastornos de la personalidad. En V. Caballo, I.C Salazar, y J. A. Carroble, (Dirs). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

37. VISIONADO DE PELÍCULAS

Objetivo de la actividad. Esta actividad supone una aproximación desde el cine a la asignatura. Pretende acercar a los alumnos a la realidad de las personas que sufren trastornos mentales. Les permitirá identificar determinadas alteraciones, analizar la interferencia que estas provocan y aumentar su sensibilidad y comprensión hacia las personas que sufren estos fenómenos.

Instrucciones. A continuación aparece un listado de películas donde algunos de los personajes presentan alteraciones psicopatológicas abordadas en esta asignatura. Para sacar un máximo provecho, es recomendable que las veas una vez finalizado el tema en clase, y que trates de identificar las alteraciones descritas así como la problemática (interferencia) a la que se asocian. En relación a esta tarea, también puede resultarte interesante el siguiente artículo: López, M. A. (2009) El cine como herramienta ilustrativa en la enseñanza de los trastornos de personalidad. *Revista psicología.com* 13. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/715/690/>

Alteraciones que se observan	Título de la película (director, año)
Alteraciones psicopatológicas	50 primeras citas (Peter Segal, 2004)
	A propósito de Henry (Mike Nichols, 1991)
	Alguien voló sobre el nido del cuco (Milos Forman, 1975)
	Memento (Christopher Nolan, 2000)
Trastornos emocionales y del estado de ánimo.	Homeland (serie, 2011)
	Mad Love (Antonia Bird, 1995)
	Mr Jones (Mike Figgis, 1993)
	The tree (Julie Bertucelli, 2010)
Trastornos de ansiedad, del espectro obsesivo-compulsivo, y relacionados con traumas y estresores.	Una historia casi divertida (Anna Boden, 2010)
	El aviador (Martin Scorsese, 2004)
	Los impostores (Ridley Scott, 2003)
Trastornos disociativos y somatoformes	Mejor... Imposible (James L. Brooks, 1997)
	El club de la lucha (David Fincher, 1999)
	Las dos caras de la verdad (Gregory Hoblit, 1996)
	Las tres caras de Eva (Nunnally Johnson, 1957)
	Numb (Harris Goldberg, 2007)

	Pretender (serie)
	Primos (Daniel Sánchez , 2011)
Psicopatología de la psicosis y trastornos relacionados.	El solista (Joy Wright, 2002) Psicosis (Alfred Hitchcock, 1960) Una mente maravillosa (Ron Howard, 2001)
Trastornos alimentarios.	El secreto de Kate (Arthur A. Seidelman, 1986)
Los trastornos sexuales y trastornos del sueño.	El maquinista (Brad Anderson, 2004) Insomnio (Chuz Gutieres, 1997) Secretary (Steven Shainberg, 2002)
Los trastornos de la personalidad.	¿Qué pasa con Bob? (Frank Oz, 1991) Big Fish (Tim Burton, 2004) Inocencia interrumpida (James Mangold, 2000) La herida (Fernando Franco, 2013)