

Tema 1: La TO en psiquiatría.

- definición de salud mental

Es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida que no perturba el desarrollo de sus semejantes.

- enfermedad mental

◆ Clasificación

- CIE -10, es un sistema multiaxial que tiene **tres** ejes
- Eje I, es el clínico (nombre del trastorno)
- Eje II, el de la discapacidad (como afecta al paciente)
- Eje III, el de los factores ambientales y el estilo de vida del paciente (como afecta en el entorno)
- DSM IV, tiene **cinco** ejes (que dan un diagnóstico completo)
- Eje I, los trastornos clínicos y otros problemas objeto de atención clínica, diagnósticos clínicos.

Ej. : Esquizofrenia paranoide

- Eje II, diagnósticos de trastornos de personalidad y retraso mental.

Ej.: Retraso mental límite

- Eje III, otras enfermedades médicas.

Ej.: Anemia perniciosa, tumoración uterina

- Eje IV, los problemas sociales y medioambientales.

Ej.: Estado marginal

- Eje V, evaluación de la actividad global.

(Tiene mucha relación con los T.O porque tiene mucho que ver con la funcionalidad)

◆ Informes

En cuanto al informe Psicopatológico debe contener una descripción más o menos detallada de cuatro aspectos.

- Orientación en el tiempo, en el espacio y frente a su situación

- Objetivar los trastornos del pensamiento en cuanto a la forma o el contenido
- Establecer si hay déficit o déficit de las emociones
- Si hay más déficit cognitivos (atención, memoria, concentración.. etc)

- Historia de la psiquiatría en España

La reforma psiquiátrica se hace en 1985, produce un cambio revolucionario para muchas disciplinas (incluyendo la T.O), dentro del tratamiento en personas con enfermedad mental. El enfoque del Terapeuta Ocupacional no se limita a hacer tan sólo talleres. Es un cambio que necesita su tiempo.

El documento de la reforma, es un informe de la comisión ministerial que tiene las siguientes directrices:

◊ Ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica con nuevas instituciones o estructuras sanitarias, vinculadas con la comunidad.

Los crónicos deben seguir institucionalizados, porque si los sacas a la calle llega la marginalización del sector.

Se intenta crear por tanto grandes residencias para los enfermos mentales severos y sobre todo incluir programas de rehabilitación psicosocial.

◊ En la salud mental infantil existe un vacío asistencial

En el campo infantil de la psiquiatría no existen equipos de atención a la infancia, al haber este gran vacío hace que no se detecten problemas de una forma temprana. Por lo que eso hay que remediarlo.

◊ Debe trasladar la reaparición y convertirse en prevenir y reinsertar (no esperar a que el problema aparezca)

Prevenir sobre todo en el medio escolar y en el sector de la atención primaria y por supuesto la creación de diversas maneras de insertar al enfermo mental, creando instituciones tales como: pisos de medio camino, centros de día, comunidades terapéuticas...

◊ Incluirse en la asistencia general

Es esencial para la segregación de la psiquiatría en el resto de disciplinas médicas. Es el eslabón entre el enfermo y la sociedad, para ir evitando la situación social de rechazo pero aceptación (que tengan pisos de acogida pero no en mi bloque)

◊ Reconversión del saber psiquiátrico de los profesionales

Poder extender los conocimientos y concepto de salud mental a nivel asistencial primario para que puedan detectarse precozmente. Enseñar a toda la comunidad médica todos los ámbitos de la psiquiatría para poder ver y diferenciar los rasgos de enfermedad mental y poder derivar de una forma temprana al servicio de psiquiatría.

La temprana derivación aumenta las posibilidades de recuperación

◊ La integración de la psiquiatría en la seguridad social.

Que incluyan en la seguridad social la psiquiatría y que exista un servicio en el medicina general. No tratar a esta disciplina de una manera diferente, sino del mismo modo que el resto de disciplinas médicas.

- Uso terapéutico de la ocupación como medio terapéutico
 - Base de la T.O en las diferentes culturas
 - Recientemente T.O en psiquiatría
 - En EEUU, Mayer es el precursor, decía que tenía que haber un equilibrio entre el juego, trabajo, descanso y sueño
 - Hall introdujo el trabajo manual. 1920 divide las acciones en :
 - Diversión
 - Remediadoras
 - En Gran Bretaña se consolida en la primera Guerra Mundial
 - España se utiliza las terapias mediante la ocupación (hermanos de San de Dios y hermanas hospitalarias) en hospitales Psiquiátricos
 - En 1877 el padre Menni abre Ciempozuelos, en el que tenían un tratamiento médico y un tratamiento ocupacional donde hacían las herboterapias.

La curación estaba reducida a seis puntos

- Asistencia facultativa
- Asistencia pradosa
- Asistencia alimenticia
- Asistencia higiénica
- Asistencia a través la recreación y las ocupaciones
- Asistencia disciplinar

Luego en 1877 se extiende al resto de hospitales. Actualmente se establece las figuras del T.O en todas las instituciones comunitarias.

(Para apuntar apuntes de TGTO)

• ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

La base de la T.O descansa en la actividad con un propósito . Este enfoque básico tiene que ser doble

- La actividad tiene que ser analizada como se ejecuta normalmente
- Las actividades con sus componentes específicos tienen que correlacionarse con las necesidades del tratamiento de un determinado paciente.

Desde cualquier método, pero el T.O tiene que ser capaz de comprender las cualidades inherentes de la actividad en términos descriptivos, separando las acciones en secuencias de tareas.

- Analizar una actividad en términos de las destrezas que se requieren y en las áreas de ejecución ocupacional
- Listar los requerimientos físicos, psicológicos y ambientales para la ejecución por una actividad
- Formular medios alternativos de ejecutar una actividad

- Seleccionar actividades que satisfagan necesidades específicas del paciente en tratamiento
- Proponer objetivos de tratamiento aplicables a las áreas de juego, autocuidado y de trabajo.

Aplicar una terminología uniforme.

Tema 2: Aparato psíquico.

Introducción

La aportación de la Psicología profunda al descubrimiento del hombre es sacar a la luz verdades no tenidas en cuenta hasta ese momento:

- 1) El conocimiento afectivo del hombre: hasta ese momento la Psicología clásica tenía en cuenta solo la memoria, el entendimiento y la voluntad, marginándose el área afectiva (la afectividad es el núcleo de la personalidad).
- 2) Realidad del inconsciente: realidad con gran fuerza en el dinamismo de la persona.

Distintos puntos de vista de la personalidad

1) **TÁ PICO:** Hablamos del punto de vista de las partes o lugares de la personalidad, estas partes no son observables o son difíciles de observar. Hablamos de fuerzas psíquicas de las que disponemos.

Freud habla sobre esto en 1856 - 1939 el observó que había dos lugares, dos “Topos”,

◊ 1ª **TÁ PICA** (1900) divide el aparato psíquico en dos

- Lo que tiene que ver con el *consciente*: memoria, percepción
- Lo que tiene que ver con el *inconsciente*: sueños, lapsos

◊ 2ª **TÁ PICA** (1920) --> tres estructuras

- Ello (1) Inconsciente
- Yo (2)
- Super Yo (3) Consciente

Integrándolos en la 1ª **TÁ PICA**. Ello, yo, super yo es la división del aparato tá pico, a los que se añaden los adjetivos (inconsciente y consciente) como mera manera de dividir la personalidad

A partir de 1920 integra esta definición en la de consciente-inconsciente.

2) **ECONÁ MICA:**

Energía psíquica que tenemos para funcionar. Es la vida instintiva y pulsional. Las 2 pulsiones fundamentales son:

- la pulsión de vida (Eros) y
- la de muerte (Tánatos).

3) **DINÁ MICO:** (Significa conflictos).

Es referente al conflicto que vivimos uno dentro de cada una de nuestras personas. Puede estar con el exterior

(me gustarÃ—a tomar el sol pero no lo hay) y tambiÃ©n puede estar internamente entre partes de la personalidad (entre el yo-ello, yo-super yo) o incluso dentro de la misma instancia (por un lado quiero ir a china pero por otro no; ni contigo ni sin ti (P&C).

Instancias del aparato psÃ—quico

No hay unidad dentro de nuestras instancias (somos mÃ¡s sanos cuanto mÃ¡s armÃ³nicos somos)

- CaracterÃ—sticas,
 - ◊ AutonÃ³micas,
 - ◊ Antagonistas
 - ◊ Interdependientes.
- Naturaleza:
- **ELLO:** Es un caos pulsional de difÃ—cil acceso.

FunciÃ³n es brindar la energÃ—a psÃ—quica que necesita la persona para vivir.

- No conoce ni el bien ni el mal,
- Se rige por el principio del placer,
- Finalidad consiste en descargar esa energÃ—a para percibir placer.

Origen estÃ¡ en la dotaciÃ³n genÃ©tica de la persona, y tendrÃ—a una doble expresiÃ³n:

HEROS, instinto de vida, con energÃ—a unitiva, (sexualidad, amor..)

TÃ—NATOS, son los instintos de destrucciÃ³n, la muerte, desuniÃ³n,...

- ◆ **YO:** Parte de nuestro psiquismo que tiene

FunciÃ³n de percibir la realidad y adaptarse a ella. Se rige por el principio de realidad.

Origen es el *ello*, que a medida que se pone en contacto con la realidad se va estructurando.

- **SUPERYO:**

Funciones doble naturaleza: mostrarnos los ideales que tenemos que cumplir

- Alabamos cuando los alcanzamos,
- Culpabilizarnos cuando no los alcanzamos.

Se rige por el principio del deber, desde el punto de vista Ã©tico y moral. Un superyo sano presenta nuestros derechos y los de los demÃ¡s.

Origen estÃ¡ en el yo, a medida que la realidad del yo se encuentra con la realidad paterna y materna, se va estructurando (prohibiciones, alabanzas,...).

- EvoluciÃ³n de cada una de las instancias
- **ELLO:** el origen es innato, biolÃ³gico. EstÃ¡ ligado a lo somÃ¡tico. Su evoluciÃ³n estÃ¡ relacionada con las posibilidades de crecimiento:

- Si hay mucha represión se produce una atrofia del ello.
- Si invade otras instancias, se pierde el control y hay una hipertrofia del ello.
- Un término medio hace un buen desarrollo del ello, con una sana canalización, donde el ello debe poder expresarse y dar satisfacción cuando ello sea posible.

“Tiene que existir un equilibrio entre los tres”

- **YO:** cronológicamente, es la segunda instancia en formarse. Se va configurando en contacto con la realidad. Se configura en los dos primeros años de vida. Su evolución es la misma que la del “ello”

Respecto a la evolución, las posibilidades evolutivas son las mismas que para el ello. Los condicionantes de su evolución son una dialéctica entre frustración y gratificación, equilibrándose de forma que se conforman de manera sana.

- **SUPERYO:** se estructura fundamentalmente a partir de la internalización de las figuras parentales.

Habría dos grandes momentos: primero en relación con la figura materna, y el segundo en relación con la figura paterna.

- **Respecto a la figura materna,** hay límites en la motricidad y problemática del control de esfínteres.

Hay 5 fases:

- Primero, el niño está invadido por el principio del placer.
- La madre empieza a poner límites que al niño no le gustan.
- Estos límites producen agresividad en el niño porque le frustran.
- Se crea un conflicto a nivel inconsciente, que hace que sienta agresividad hacia las personas que quiere y que necesita.
- La **solución** del conflicto ocurre cuando se interiorizan los límites que le pone la madre.
 - ♦ **Respecto a la figura paterna,** el punto central es entorno a los 5 años (puede fluctuar). Lo que ocurre es que el niño, en los primeros años de vida vive en estrecha relación con la madre, y tiene la convicción de pertenencia exclusiva. Se plantea el triángulo, con una estructuración en 6 fases:
 - ♦ La madre le pertenece (eso piensa el niño).
 - ♦ Se le pone límite (al darse cuenta de que no solo le pertenece a él, sino también al padre,...).
 - ♦ Se crea una situación de frustración y agresividad.
 - ♦ Lo que piensa y lo que siente cree que se está realizando (pensamiento mágico).
 - ♦ Siente una enorme culpabilidad.
 - ♦ La **solución** del conflicto se hace con la internalización de la prohibición paterna.

NOTA: el triángulo no es solo la relación padre-madre-niño; es todo aquello que puede separar a la madre del niño (Ej.: trabajo, hermanito,...).

El niño ve como que no le quieren cuando por ejemplo la madre cuida al hermano o está con su padre. Muchas veces se rompen cercanos amistosos cuando esto ocurre en adolescentes.

Esta relacionado con el complejo de Edipo, con digamos 2 fases:

- Edipo homosexual: se identifica el niño con el padre.
- Edipo heterosexual: se cree el novio de la madre, se fija en ella, dice que de mayor se casará con ella y matará al padre (le dejará de lado).

El conflicto se termina interiorizándose, y se cree que cuando sea mayor se buscará una novia que no será la madre.

El que no haya una separación entre madre e hijo es la raíz de la PSICOSIS.

La pulsión

Concepto Viene del alemán “Trieb” (pulsión) tiene relación con los deseos. Hay que diferenciarlo del “Instik”, que significa instinto (relacionado con la necesidad).

Concepto general de la pulsión representación psíquica de una fuente de excitación continuamente corriente e intrasomática. La representación más elevada de la pulsión es el deseo y los del instinto es la necesidad.

CARACTERÍSTICAS DE LA PULSIÓN:

-FUENTE: aquella parte orgánica donde tiene su origen la energía pulsional.

-OBJETO: aquella realidad a la que tiende la pulsión para encontrar satisfacción.

-FIN: tendencia a la descarga de la pulsión porque ahí está la satisfacción de la pulsión.

-INTENSIDAD: tiene que ver con los aspectos genéticos y los niveles de gratificación y frustración.

ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA PULSIÓN:

-En relación **a la fuente**:

1) Oral (se diferencian 2 fases: de succión y sádica o canibalística).

2) Anal (2 fases: retentiva y expulsiva).

3) Genital

-En relación **al objeto**: 3 fases

1) Egocéntrica

- Narcisista
- En relación al objeto (2 fases: homosexual y heterosexual).

•

Estancias del aparato psíquico.

Estancias: es el inconsciente, el preconscious y el consciente.

Para la Psicología clásica solo contaban las acciones conscientes (que eran actos psíquicos). Para ellos solo existían la memoria, la voluntad y el entendimiento; lo demás como no lo entendían era cosa de magia, de los poetas y de la brujería.

CONSCIENTE: aquello que está aquí y ahora en mi conciencia.

PRECONSCIENTE: es aquella realidad que no está en la conciencia, pero que puedo traerla a ella fácilmente. Se manifiesta sobre todo en los “actos fallidos”, por ejemplo, los lapsos (cuando vas a decir una cosa y dices otra, cuando vas a escribir una cosa y escribes otra,...).

INCONSCIENTE: instancia psíquica de otra categoría; son aquellos contenidos psíquicos que no podemos traerlos a la conciencia. No tenemos acceso a ellos, pero tienen otro camino de expresión: los deseos, los sueños, las fantasías, los síntomas histéricos y el imperativo posthipnótico [cuando a una persona se la somete a hipnosis y se le dice o manda que haga algo (la orden o mandato es el imperativo), al despertarse la persona hace lo que se le mandó. Cuando se le pregunta por qué lo ha hecho, busca una razón lógica (Ej.: abro la ventana porque hace calor, y a lo mejor fuera está a 0°)].

La psicología clásica ignora el psiquismo. Ahora es todo la conciencia, preconciencia e inconsciente. (NOTA: entre preconsciente e inconsciente no hay conexión, pero entre consciente y preconsciente sí la hay, esto se ve por ejemplo cuando quieres decir verdura y dices bazofia, o cuando confundes a tu marido con tu hijo al hablar).

En los **sueños** se expresan de manera simbólica, los contenidos del inconsciente. Es una realización de deseos que están insatisfechos.

Dos partes del sueño:

- Contenido latente :> que está como oculto detrás del sueño y es lo que se está representando en el sueño, es decir, nuestros deseos
- Contenido manifiesto :> lo que soñamos (por eso en los sueños aparecen con frecuencia cosas del día anterior). Lo latente puede ser también lo que tememos, ya que a veces el deseo está “mal visto” por la propia persona o su entorno, se convierte en algo indeseable y se camufla como si fuera un temor.

Hay una realidad que dinamiza la vida del hombre

RASGOS DEL INCONSCIENTE:

-Dinámico: los contenidos están cargados de energía y tienden a salir, aunque la censura y el yo no les deje (la censura proviene del yo), tienden a buscar una salida (Ej.: sueños y síntomas).

-Los contenidos del inconsciente permanecen en plena actualidad.

Otra vía de acceso será la **ASOCIACIÓN LIBRE** (te dice una palabra o te muestran una imagen y tú dices lo primero que se te pasa por la cabeza tras verla; FREUD).

Integración de instancias y estancias

Al principio todo es “ello”, y cuando se hace consciente se convierte en otra instancia, que puede ser *YO* o *SUPERYO*.

Consecuencias El *ello* puede ser muy rico (es decir, que tenga mucha dotación pulsional) o muy pobre

(porque haya muy poca energía a pulsionar o mucha represión); esto se nota sobre todo a través de los síntomas. Puede suceder también que haya un superyo muy grande, por lo que se produce mucho sentido de culpa por una insignificancia (es un superyo sádico), o que haya un superyo muy pobre (que son los psicópatas), que por sus graves actuaciones tienen poco sentido de culpabilidad..

Todo esto se sucede en la parte inconsciente de la persona, de forma que se vuelven obsesivas o depresivas (porque el superyo invade otras instancias). El crimen perfecto no existe porque inconscientemente siempre se deja alguna pista.

En cuanto al yo, a veces hace cosas que quiere y no quiere al mismo tiempo; es cuando desea hacer cosas y no puede hacerlas. En la hipótesis también se manifiesta a esa parte inconsciente del yo. Si el yo es grande, la persona será narcisista; si el yo es pequeño, será a tener poca autoestima y desvalorización.

El inconsciente y la terapia

- El TO tiene que ser sensible a nivel inconsciente de los pacientes.
- El inconsciente existe en el paciente y existe en el TO
- En la medida en que el TO sea más dueño de su inconsciente, más va a entablar relación con el paciente.
- Los inconscientes dialogan entre sí - mucho más allá de las palabras, a través de los gestos, de las actitudes, de los signos, de la mirada,... (Ej.: relación madre-bebé).

La importancia de todas aquellas actitudes que pueden servir de analizadores de nuestros contenidos inconscientes.

Tema 3: Mecanismos de defensa.

- Concepto de defensa:

Concepto técnicas de las que se sirve el YO para superar el conflicto psíquico. La mayor parte de estos mecanismos son inconscientes (la parte inconsciente del YO). Ej.: el Yo consciente percibe la ansiedad, pero no percibe el origen del conflicto.

- Clasificación:
 - ♦ Defensa (Propiamente dichos): psíquicos y neuróticos
 - ♦ Defensa-superación
 - ♦ Superación

- Defensa

Psíquicos:

- Negación (de la realidad): negar lo que está sucediendo. Se ve con los ojos, pero no se admite. Se niega porque es una realidad muy dolorosa.
- Escisión (o disociación): es una escisión del objeto (siendo el objeto la persona con la que me relaciono). Contra la angustia más primitiva. Divide al objeto en bueno y malo, por lo que el YO también es bueno o malo. No hay término medio. Ej.: si un bebé llora y la madre no lo coge enseguida, el bebé ve a la madre como mala-malísima.

- **Proyección:** el sujeto expulsa de sí mismo y localiza en otro cualidades, sentimientos y deseos que no reconoce o que rechaza en sí mismo.
- **Vuelta contra sí mismo:** la pulsión reemplaza un objeto dependiente por la propia persona (ej.: creo una cosa: es ella quien me agrede (pulsión agresiva) y cambio el ambiente de forma que sea como yo pienso).
- **Transformación en su contrario:** el fin de una pulsión se transforma en la contraria al pasar de actividad a pasividad (a veces es tan intolerable que la solución es creerte que sientes lo contrario). No es consciente de tal agresividad (que de algún modo se va a actuar): por somatización (dolor físico, porque la energía no sale) o “ni contigo ni sin ti”. Ej.: los maridos que maltratan a sus mujeres, pero en realidad las quieren con locura. Control-dependiente: indica agresividad. Las parejas que más duran son aquellas equilibradas: sádica - masoquista; exhibicionismo - voyerista,... se transforma en lo contrario.
- **Regresión:** retorno en sentido inverso a un punto anterior (que es la libido). Ej.: niños de 6 años que tiene un hermanito y vuelve a hacerse pis; coges la gripe y vuelves un poco a la vida de bebé: comer y dormir.

De qué depende a dónde se produce la regresión? Transcurre linealmente con pequeños altibajos o puntos de fijación. Se deben a 2 motivos: exceso y carencia. Ej.: con la regresión se pone malo-malísimo antes del examen.

NEURÓTICOS: de lo interno, son los conflictos neuróticos. Los psicóticos son más graves.

- **REPRESIÓN:** el fundamental; rechazar o mantener en el inconsciente representaciones ligadas a una pulsión. Se produce cuando la satisfacción de una pulsión ofrece peligro de displacer (lo contrario de placer) para otras exigencias.
- **NEGACIÓN:** se formulan deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, pero se defiende de ellos negándolos (Ej.: “Yo no quiero a Pascual” -> lo tacho, coloco el “no” para defenderme, o para volverlo tolerable, pero en realidad estoy diciendo que lo quiero).

Es un gran paso, porque lo siguiente es que el NO va a caer. Se niega la pulsión. La diferencia con el psicótico es que éste niega la realidad.

En el inconsciente, los opuestos se expresan de la misma manera (el “yo no” no existe, pero sí existe querer-odiar): por eso “no” significa “querer”.

- **ANULACIÓN** (retroactiva): como si algo no hubiese ocurrido. Para ello se utilizan pensamientos de significación opuesta (**borrador mágico**). Los pacientes obsesivos lo usan mucho.
- **AISLAMIENTO:** aislar un pensamiento o un comportamiento, normalmente con formulaciones rituales.
- **RACIONALIZACIÓN:** intento de dar una explicación coherente a una actitud, una idea o sentimientos cuyos motivos verdaderos no percibe (Ej.: “yo quiero a Pascual, pero no me conviene”).

Mecanismos de defensa-superación

- **REPARACIÓN:** intento de restauración sana o patológica de relaciones real o fantasmáticamente deterioradas (necesidad de reparar agresividad, porque he tenido un pensamiento agresivo hacia ti).

En patología se forma un carácter agresividad-disculpa, que es una estructura perversa, porque primero estás en el limbo y luego te sientes fatal.

- **IDENTIFICACIÓN:** es un mecanismo muy lógico, forma parte de todo ser humano la asimilación

de un aspecto de rasgos de personas significativas de nuestro entorno.

- **IDEALIZACIÓN**: llevar a la perfección las cualidades y el valor del objeto (elevación fantasmática a un distorsionado grado de perfección de personas o circunstancias que nos rodean).
- **FORMACIÓN REACTIVA**: intensificación de una tendencia de signo contrario a aquella que nos resulte intolerable (Ej.: sentimientos agresivos camuflados ante un nuevo hermanito).

superación

- **JUICIO DE CONTECENCIA**: cuando se toma conciencia del deseo se prohíbe su idealización por razones éticas y morales.
- **RENUNCIA A LA PULSIÓN**: el rechazo consciente da paso al acto de una pulsión declarada como inconveniente
- **DESPRENDIMIENTO**: resolución del conflicto defensivo.
- **INHIBICIÓN EN CUANTO AL FIN**: desinvertimiento permanente del objeto propio de una pulsión cuya satisfacción se considera inviable. Ej.: la transformación en ternura o autoafirmación personal cuando el origen es sexual o agresividad, respectivamente.

La energía pulsional tiene dos vertientes: una sexual y otra agresiva. **Investir**: lograr afectivamente una situación a una persona. Ej.: te enamoras de alguien, deseas relacionarte con esa persona, pero tiene pareja, por lo que renuncias a esa pulsión y se queda un sentimiento de ternura ("en realidad no lo quiero, sólo le tengo cariño").

- **SUBLIMACIÓN**: transformación en actividades culturales, estéticas, científicas o religiosas de energías originariamente sexuales o agresivas. Cuanto más sabe una persona, más sublimación habrá.

MECANISMOS DE DEFENSA Y MÁS O MENOS CINCO CUADROS PSICOPATOLÓGICOS:

- **Neurosis de ansiedad**: represión, racionalización, desplazamiento.
- **Neurosis histérica**: represión, desplazamiento, regresión, negación, idealización, formación reactiva.
- **Neurosis fóbica**: represión, desplazamiento, evitación, proyección, regresión.
- **Neurosis obsesivo-compulsiva**: formación reactiva, anulación, aislamiento, regresión, vuelta contra sí mismo, represión.
- **TR de la afectividad**: regresión, disociación, identificación, objeto perdido, reparación, omnipotencia.
- **Psicosis**: regresión, disociación (escisión), negación (de la realidad), proyección (paranoide), idealización, omnipotencia.

Entre psicosis y neurosis: es personalidad psicopatológica.

Entre neurosis y disociación: personalidad más o menos neurótica pero con poder de separación.

Entre disociación y sano: personalidad " sana ".

Tema 4: Enfoques de tratamiento de TO en enfermos.

Enfoque conductual.

1. Modelo conductual (Pág. 62 Hopkins)

Pone el énfasis en los principios del aprendizaje, para la adquisición de la conducta apropiada.

2. En 1958, Wolpe enuncia la "psicoterapia por inhibición recíproca", con la aplicación de los conceptos del condicionamiento operante. Según él, convierte la conducta neurótica humana y la describe en términos de la teoría del aprendizaje. Lo más importante de la obra de Wolpe es la presentación de técnicas específicas de terapia, en concreto la desensibilización y el tratamiento en asertividad.

A finales de los 60' Bandura introduce el aprendizaje por imitación, lo que es lo mismo que aprendizaje vicario, en el que el individuo es capaz de aprender observando a un modelo que demuestra ciertas habilidades y luego es recompensado por hacer estas habilidades; ser a un modelo participante.

A partir de los 70' se incluyen los modelos y tics cognitivos-conductuales, énfasis en lo que las personas piensan o dicen acerca de sí mismos, y esto es lo que afecta a su conducta y a su comportamiento.

Autores:

Albert Ellis

Aaron Beck: estudios acerca de la depresión. "Test de Beck".

Heichenbaum: problemas de control de la impulsividad, sobre todo en niños. También en resolución de problemas.

A comienzos de los 80' aparece el neoconductismo, con el condicionamiento clásico en la etiología y tratamiento de las neurosis.

A finales de los 80' se vuelve a poner énfasis en los conceptos emocionales y afectivos.

Actualmente aparecen ciertas tendencias a la integración.

Conceptos y principios teóricos.

- 1.- La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta.
- 2.- La terapia conductual se concentra en el aquí y el ahora.
- 3.- Las conductas inadaptadas son adquiridas a través del aprendizaje. dentro de esto tendríamos:

-Paradigma operante (también el condicionamiento instrumental).) Las operaciones sobre el ambiente, que serán las respuestas, son instrumentales en la obtención del reforzamiento deseado. En presencia de un estímulo discriminativo se ejecuta una respuesta. En el futuro, ante la presencia del estímulo, la respuesta va a tener más probabilidad de ser repetida. La respuesta se extingue por la ausencia de recompensa. El castigo será a un estímulo aversivo o la eliminación de un refuerzo positivo.

-Paradigma del condicionamiento clásico

-Un estímulo indiscriminado da una respuesta indiscriminada.

-Se antepone un estímulo neutro al incondicionado, y sigue habiendo una respuesta indiscriminada.

-El estímulo neutro se convierte en condicionado, dando una respuesta condicionada.

-Modelado o modelamiento.

Cualquier aproximación burda a la respuesta deseada es recompensada. Va seguido de recompensa a las respuestas que son más cercanas a la conducta final. Muy útil en TO.

Estrategias y técnicas.

Las terapias cognitivo-conductuales en niños se usaron inicialmente con niños impulsivos con problemas de autocontrol y atención; se genera una dirección nueva: el desarrollo de programas de resolución de problemas sociales, elaborados para ser utilizados en la escuela pública elemental.

Objetivos: enseñar a romper la automatización de sus actos e iniciar una respuesta adecuada e incompatible con la anterior.

5. Evaluación y conclusiones.

- 1) La terapia cognitiva es más efectiva que el placebo o el no tratamiento.
- 2) Es igualmente efectiva que otras formas de tratamiento.
- 3) Puede ser combinada con otras formas de tratamiento.

Se han utilizado para tratamiento de la deliración, ansiedad, fobias, dolores de cabeza, asertividad,...

CONCLUSIÓN: la terapia cognitivo-conductual no son un conjunto de técnicas terapéuticas, sino un conjunto de técnicas terapéuticas para la comprensión y tratamiento humanos.

6. Anexo. Ampliación de técnicas cognitivas.

TERAPIA COGNITIVA DE BECK: aplicada a trastornos depresivos; es un procedimiento terapéutico rigurosamente diseñado para depresión reactiva, moderada y grave.

Hay estudios comparativos con otras terapias y antidepresivos, y es eficaz en el tratamiento de la depresión unipolar y no psicótica.

Parte de hipótesis: las cogniciones distorsionadas no son producto de la depresión, sino su causa; las cogniciones distorsionadas negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la depresión.

Habla de la TRIADA COGNITIVA: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro; patrones cognitivos estables y creencias absolutamente arbitrarias; distorsiones cognitivas en la percepción de los acontecimientos, inferencia arbitraria; abstracción selectiva o la sobregeneralización.

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO: 2 fases:

- Diagnóstica:

* Análisis de la sintomatología (somática, afectiva, cognitiva y conductual).

* Evaluación de la intensidad de la depresión: habilitar, inventario de la depresión de Beck y la subescala de Minnesota.

* Orientación

* Definición de los problemas, y especificación de los problemas.

- Terapéutica:

* Análisis funcional de la conducta depresiva, con autorregistro.

* Generación de soluciones, formas de pensamiento alternativas conductuales con modelado, realización de tareas, relajación, habilidades sociales.

* Experimentación personal (proponer nuevas hipótesis y estrategias de pensamiento).

   Graduación de la intervención terapéutica.

Tema 5: Enfoque Cognitivo.

ENFOQUE COGNITIVO. (vallejo, Pág. 765; C  p. 4, Pág. 49, libro verde)

Propone un modelo de psicopatología y teoría del cambio que integra diversos enfoques. En cuanto al desarrollo histórico, podríamos ver 2 líneas:

1  a) Deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos: donde señalaríamos Kelly, Ellis y Beck.

2  a) Adecuación de la teoría del aprendizaje de Bandura.

TERAPIAS COGNITIVO-SEMÁNTICAS

El modo de acción es modificar los patrones erróneos del pensamiento, y el foco es el contenido ideacional envuelto en el síntoma ("tal como piensas, así te sentirás").

Albert Ellis: terapia racional y emotiva (TRE). La premisa básica: el sufrimiento emocional es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo, y a las creencias irracionales que mantienen.

Aaron Beck: tratamiento en desórdenes psiquiátricos; introdujo 3 conceptos básicos, que son:

1) Eventos cognitivos (pensamiento automático).

2) Procesos cognitivos (cómo pensamos).

3) Estructuras cognitivas (esquemas de pensamiento).

Los desórdenes psicológicos se caracterizan por un autoesquema idiosincrático dentro del cual se procesa la información relacionada con el sí mismo.

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL:

El aprendizaje humano es mediado cognitivamente, y que hay una interacción continua entre variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales.

ABORDAR CONCEPTOS Y PRINCIPIOS TEÓRICOS:

Modelo cognitivo-conductual de la psicopatología:

Intenta integrar la escuela semántica conductual con el fin de combinar la comprensión clínica de los

terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de la conducta

El modelo conceptual del cambio de conducta da:

1º) Autoobservación y recogida de datos.

2º) Desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores, que produce cambios en 3 áreas:

-Conducta manifiesta

-Capacidad autorregulativa

-Estructuras cognitivas

3º) Envuelve las cogniciones y los sentidos del cliente respecto al cambio. Los objetivos serán:

* Que el cliente se atribuya a sí mismo los cambios.

* Anticipar las recaídas aprendiendo a evitarlas.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Características comunes:

-Activas

-De tiempo limitado

-Muy estructuradas

Estas terapias han sido aplicadas a individuos, parejas y grupos, tanto en tratamiento como en intervención.

Técnicas de reestructuración cognitiva:

Básicamente son la terapia racional-emotiva de Ellis y la cognitiva de Beck. Consiste en que se entrena al cliente para que identifique los pensamientos automáticos autoderrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas autoestimulantes.

Ayuda a reconocer experiencias que contradicen las concepciones erróneas acerca de sí mismo.

Se hacen tareas para casa y ensayo cognitivo en la imaginación.

ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN LA INOCULACIÓN DEL ESTRÉS: (Cap. 20; Pág. 235 del libro verde).

3 fases:

-Comprensión de la naturaleza del estrés y del afrontamiento.

-Habilidades específicas de afrontamiento.

-Práctica gradual de las habilidades de afrontamiento: el cliente aprende habilidades de afrontamiento incompatibles con el estrés.

- Terapia cognitiva de Ellis:

Los trastornos emocionales son fruto de creencias irracionales que es preciso modificar. Estas creencias son, por ejemplo, “hay que caer bien a todo el mundo”, “hay que ser perfecto en todo”,...

Etapas de la intervención:

- * Situación del acontecimiento activador.
- * Autoverbalizaciones producidas por la situación.
- * Consecuencias, emociones y conducta resultante del punto anterior.
- * Disputa, intervención terapéutica en ella y se discuten con lógica esas creencias.
- * Resultado al que se llega empleando las creencias más lógicas; el TO utiliza sobre todo la persuasión verbal para sustituir los pensamientos irracionales mediante la aceptación incondicional por parte del paciente de la autoridad del TO.

Técnicas:

- Autoinstrucciones de Meichenbaum:

Plantearse 2 fases:

- * Instrucciones de verbalizaciones internas adecuadas, que permitan la socialización o el enfrentamiento de una determinada tarea o acontecimiento.
- * Generalización del entrenamiento en autoinstrucciones.

Está muy utilizado en niños.

- Técnicas de resolución de problemas

Fases:

- * Especificar el problema
- * Perfilar el problema
- * Reclasificar el problema, encontrar formas diferentes de pensar en él.
- * Buscar objetivos alternativos.
- * Buscar y seleccionar estrategias.
- * Describir y valorar las consecuencias positivas y negativas.
- * Escoger la alternativa mejor valorada y describir los pasos requeridos para llevarla a cabo.

* Evaluar los resultados.

- Estructuraci3n del trabajo:

* Investigaci3n te3rica (c3mo es el trastorno).

* B3squeda de trabajos institucionales para tratar 3ste tema.

* Terapia Ocupacional en 3ste trastorno desde diferentes modelos de tratamiento.

* Ilustraci3n con un caso cl3nico

Tema 6: Enfoque Psicoanal3tico.

Definiciones de psicoan3lisis:

Disciplina fundada por Freud en la que se distinguen 3 niveles:

* M3todo de investigaci3n de los procesos mentales, pr3cticamente inaccesibles de otro modo.

* T3cnicas de tratamiento para los trastornos psicopatol3gicos.

* Ejemplo de teor3as de intervenci3n y psicopatolog3a en las que se sistematizan los datos aportados por el m3todo psicoanal3tico de intervenci3n y tratamiento.

Cuando hablamos de psicoan3lisis nos podemos referir a cualquiera de 3stos 3 niveles.

Conceptos fundamentales.

Aparato ps3quico: doble articulaci3n (estancia e instancia).

Leyes fundamentales:

* **Libre asociaci3n:** expresar, sin discriminaci3n, los pensamientos, im3genes, sentimientos, sensaciones, recuerdos,... ya sea a partir de un elemento dado (ej.: palabra, imagen,...) o de forma espont3nea.

* **Atenci3n flotante:** contrapartida de la atenci3n. El TO escucha sin conceder privilegio a ning3n elemento del discurso.

Funcionamiento del inconsciente:

* **Simbolismo:** es un modo de representaci3n indirecta y figurada de una idea, de un conflicto, de un deseo inconsciente,...

* **Condensaci3n:** una representaci3n 3nica representa pos s3 sola varias cadenas asociativas, en la intersecci3n de las mismas se encuentra. Se ve en los sue3os y s3ntomas.

* **Desplazamientos:** consiste en que el acento, el inter3s, la intensidad de una representaci3n puede desprenderse de 3sta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensa, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

* **Trasferencia - contratransferencia**

Transferencia: proceso según el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación. Es una repetición de prototipos infantiles, pero vividos como actuales.

Contratransferencia: reacciones inconscientes del TO ante las transferencias del paciente.

* **Infancia**: es la etapa en la que se organiza el psiquismo; marca las relaciones en la edad adulta. El SH tiene también la adolescencia, que es una segunda oportunidad de reorganizar el psiquismo.

* **Resistencia**: todo aquello que se opone al acceso del paciente al inconsciente. Como se manifiestan las resistencias. Ej.. se ausenta a las sesiones, llega tarde (que también puede llegar a convertirse en agresividad), no ser colaborador con el TO.

Terapia Ocupacional: desde el enfoque psicoanalítico.

Muy pocas publicaciones y artículos.

Psicoanálisis: base de todas las teorías psicodinámicas (humanistas,...).

Va a ser un marco para la intervención terapéutica y también para TO.

En TO se hace: adquirir y recuperar funciones, y habilitar.

Puede ser que haya resistencia a habilitar (es decir, que se adquiere la función pero luego no se hace uso de ella) por los obstáculos: sumisión, no colaboración, inhibición,...

INSTRUMENTO: diálogo en la relación terapéutica.

OBJETO: actividad dialogada.

Funciones del TO desde el enfoque psicoanalítico.

- Facilitar las actividades y el juego.
- Escuchar el discurso del paciente.
- Abrir y sostener el espacio del diálogo.
- Detectar dificultades y obstáculos en la relación con la actividad y relación terapéutica.
- Dar sentido a lo que no lo tenía.
- Investigar con qué recursos cuenta el paciente.

Técnicas.

Se pueden aplicar individualmente y también grupalmente las técnicas de este enfoque.

Técnicas proyectivas, de creatividad, dramatización, juego terapéutico, ludoterapia, utilización terapéutica de la relación,...

EVALUACIÓN. Entrevista, pruebas proyectivas (figura humana, test del árbol,...).

Tema 7 : Enfoque Psicodinámico.

Son técnicas que se consideran derivadas del psicoanálisis.

- **TÉCNICAS ADLERIANAS (de Adler)**: Era un discípulo de Freud. Tratan de adaptar al

individuo a su realidad. La teoría de la personalidad básicamente es el afán de poder y el complejo de inferioridad.

- **TÁCNICAS JUNGIANAS (de Jung):** Otro discípulo de Freud. Durante bastante tiempo estuvo unido al psicoanálisis, pero discrepaba en algunos aspectos. En el tratamiento el TO ocupa el lugar de un compañero. Se utiliza mucho la imaginación activa.
- **TÁCNICAS HUMANISTAS:** Se priorizan las experiencias, los valores, las aptitudes, los significados, el crecimiento y el desarrollo humano. Surge en los 60' coincidiendo con el movimiento Hippie. Son una agrupación de diferentes TO con bases ideológicas similares:

Ráces filosóficas basadas en el existencialismo

Concepto unitario mente/cuerpo.

Concepciones derivadas de la psicología grupal o social.

Valoración del individuo frente al medio social, visión optimista y esperanzada del ser humano.

Influencias del movimiento antipsiquiátrico de Laing.

La condición esencial será el encuentro mutuo entre el TO y el cliente en el aquí y ahora del diálogo terapéutico.

Lo importante es el TO como ser humano, el contexto emocional en el que transcurre el encuentro.

ACEPTACIÓN INCONDICIONAL DEL CLIENTE: promueven los grupos de encuentro para proporcionar al sujeto nuevos caminos para capacitarse en acrecentar el autoconocimiento y la capacidad para resolver sus propios conflictos.

LA INDICACIÓN: individuos con problemas en el área existencial (no psíquicos no gente con ninguna patología neurótica o caracterial de cierta relevancia, porque hay riesgo de descompensarse).

* TÁCNICAS Y AUTORES

Maslow "El hombre autorrealizado". Pirámide de necesidades. Es más teórica que técnica, trata de realizar una aproximación entre Freud y el conductismo.

Contrapone la enfermedad mental a la experiencia de autorrealización, que necesita experiencia de integridad, perfección, honestidad,... y cuando esto no se da = ENFERMEDAD.

Experiencias cumbre: la persona se siente feliz. Se suceden con más frecuencia y más intensidad cuanto más autorrealización logra el sujeto.

Tema 8: Principales trastornos psiquiátricos en infancia y adolescencia.

Cuadro pag. 505 Hopkins.

JUEGO Y SOCIALIZACIÓN.

Nivel de organización o desorganización del juego. El nivel de desorganización es lo que ha producido la lesión y nos da los pasos para poder intervenir.

Algo tiene función permanente (los animales luchan y nunca se resuelve la lucha, hacen cosas por hacerlas, sin motivo ni razón,...); es muy común en psicóticos.

Todo lleva a una necesidad de conocimiento de desarrollo motor, afectivo, sensorial, social y cognitivo,... para ver que es lo normal.

JUEGO EN PREESCOLARES:

Juego en solitario al principio, luego paralelos (aunque estén juntos no juegan juntos).

Juego asociativo y cooperativo por último (a partir de los 2 años).

JUEGOS ESCOLARES:

Periodo crítico porque se forman pautas fundamentales de competencia (sentirme competente haciendo cosas) y confianza.

La socialización en la escuela se aprende por trabajar con otros compañeros, profesores,... y al interactuar con ellos. Desde muy pequeños surge la figura del líder, y aprenden también a cooperar y competir.

DESARROLLO DEL JUEGO:

El juego es un proceso, actitud y comportamiento. Las teorías las podemos clasificar en 4 categorías:

- Evolutiva
- Fisiológica
- Psicológica
- Sociocultural

Actividades lúdicas: se usan de 2 modos: como método de tratamiento o como la modalidad de tratamiento.

El juego libre está motivado intrínsecamente. Las limitaciones son: las impuestas por los cuidadores, las personales y físicas, las ambientales, las barreras sociales,...

Hay una necesidad de adaptar el juego y los juguetes a las necesidades del niño.

CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO TERAPÉUTICO:

Es orientar el juego a las necesidades del niño.

Hay que conocer el desarrollo del juego para poder discriminar si el comportamiento es normal, disfuncional o patológico.

Puede haber algunos factores estresantes bio-psico-sociales que pueden provocar disfunciones en el juego y en el comportamiento, y normalmente eso tiene una recuperación espontánea.

14

(2)

(3)

(1)