

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

19/10/04

Enfermería

Cuidados Evaluación

Aspectos psicológicos Tratamiento

Cómo manejar cuestionarios de Salud Mental

Cómo manejar los aspectos emocionales en una entrevista.

Saber de terapias (individual, familiar)

ENTREVISTA:

- Es una relación directa entre dos personas. Transmite directamente sentimientos de ambos.
- Utiliza una vía de comunicación simbólica, preferentemente oral pero no exclusivamente oral. Hay que aprender a manejar la mirada.
- Hay una asignación de roles; para hacer una entrevista hay que pedir consentimiento.

Según su finalidad; tipos:

- De investigación
- De intervención:
- Diagnóstica
- Terapéutica

Según el grado de estructuración; tipos:

◊ No estructuradas

◊ Estructuradas:

- Preguntas y respuestas
- Estructurar la realización de la entrevista
- Estructurar el registro y la elaboración de la información.
- Estructurar la interpretación de la información.

Condiciones básicas para que una entrevista tenga éxito:

- Los datos que queremos preguntar tienen que ser accesibles (hasta que edad mamaste)
- Conocimiento y comprensión por parte del entrevistado de su papel y como tiene que transmitir la información que nosotros le solicitamos.
- Tiene que haber motivación suficiente por parte del entrevistado para asumir su papel y cumplir con lo requerido.

20/10/04

Fases de una entrevista:

- Preparación:

- Definir claramente lo que se quiere evaluar.
- Fijar criterios de selección (a quien quiero entrevistar).
- Pautas de conducción de la entrevista (presentación, preguntas, si quiere colaborar)
- Que tipo de registro vamos a tener y como voy a elaborar la información.
- Conocer en profundidad el tema que se quiere tratar.
- Antes de entrevistar a cualquier persona, hay que conocer los datos del entrevistado en relación al tema.
- Realizar un esquema de acción.
- Comienzo:
 - ◆ Breve presentación: aspectos relativos al entrevistador, al entrevistado, a la situación, al proceso que se desarrollará y objetivos a lograr.
 - ◆ La información que tenemos que dar al paciente no se la tenemos que dar toda a la vez sino mediante el diálogo.
 - ◆ El entrevistado nos debe informar por qué acude al centro y que espera de la entrevista.
 - ◆ Una vez que conocemos ambas expectativas debemos realizar una nivelación (reducción de la incertidumbre del entrevistado por medio de los esfuerzos estructurados del entrevistador).
 - ◆ Elaborar un contrato sobre como se va a llevar a cabo la entrevista (tener reservas por si acaso alguien falla) con el contrato aumentamos la motivación (asegurar la confidencialidad), si es con nombre hacer firmar una autorización.
- Cuerpo de la entrevista:
 - ◆ Inicial: abierta y facilitada
 - ◆ Media: especificación y clarificación.
 - ◆ Final: confrontación y síntesis.

Cosas con efecto positivo en la entrevista:

- ◆ Demostrar competencia y experiencia.
- ◆ Tener un estilo espontáneo abierto y expresivo.
- ◆ Demostrar calor, empatía y autoconclusión.

Cosas con efecto negativo en la entrevista:

Actitudes distantes, dominantes, controladoras y hostiles.

26/10/04

- Terminación:
 - ◆ Hacer un breve resumen de la información obtenida; esto sirve de base para el diálogo y la discusión (nos sirve esta para aclarar zonas oscuras, incompletas o inconscientes).
 - ◆ Orientar la conversación hacia el futuro, haciéndolo a un doble nivel:
 - ◆ Preguntándole al paciente como ve su futuro
 - ◆ El entrevistador tiene que dar tareas al entrevistado para realizar en un futuro inmediato.
- Hay que terminar la entrevista en un momento positivo y redondeado (no nos pueden quedar cosas pendientes). No cortar al paciente cuando nos está mostrando un estado de ánimo negativo ya sea a través de su expresión o de sus verbalizaciones.

AUTOINFORMES / CUESTIONARIOS:

Son un conjunto de preguntas que el propio paciente va respondiendo; Ej.: Lagner y Zung.

Ventajas:

económica: en tiempo y en personal especializado.

Nos informa de la experiencia subjetiva del enfermo.

Nos permite explorar la conducta motora, fisiológica y cognitiva.

Desventajas:

No siempre es objetivo, el paciente nos puede mentir.

Utilidades:

Nos sirve para detectar conductas problema

Nos sirve para evaluar los resultados de una terapia.

Nos sirve para investigar.

Tipos de auto informes en Salud Mental:

Generales: GHQ: cuestionario de S.M de Golberg (28 ítems)

Específicos: unos nos miden:

- ◆ Ansiedad: Hamilton
- ◆ Depresión: Lagner y Zung.

AUTOOBSERVACIÓN Y AUTOREGISTRO:

Auto observación:

Consiste en prestar atención a la propia conducta y va unida al auto registro.

Apuntar lo que hemos observado de nuestra propia conducta.

Lo podemos utilizar como:

- ◆ *Método de evaluación:* si queremos que este método tenga éxito tenemos que asegurarnos de que el paciente identifica la conducta que queremos que observe, comprende los métodos de registro y reconoce la importancia de obtener datos fiables.

Auto registro:

Cuando hagamos un auto registro con métodos de evaluación necesitamos apuntar: la frecuencia de una conducta, la duración y la intensidad.

En el auto registro se recogen los antecedentes, la conducta en sí misma y las consecuencias.

27/10/04

EFECTOS TERAPÉUTICOS:

La auto observación está indicada para fomentar el autocontrol.

Es importante para las personas que tienen una historia personal de dependencia del medio. Las características de una persona dependiente son: dificultad para tomar decisiones y pasividad.

Es útil para:

- ◆ Personas con conductas rígidas y que tienen sentimientos de desvalimiento.
- ◆ Personas que tienen la sensación de que sus actos no tienen apenas efectos en el ambiente.
- ◆ En personas sin habilidades reales para cambiar su conducta.
- ◆ Útil la auto observación cuando queremos cambiar conductas casi automáticas y tenemos que ser especialmente cuidadosos y nunca indican la auto observación en personas con ideas de suicidio con pensamientos obsesivos recurrentes.

1. TERAPIA CONDUCTUAL:

PRINCIPIOS BÁSICOS SOBRE LOS QUE SE SUSTENTA LA TC:

- ◆ Tanto las conductas anormales como las normales se aprenden y se mantienen del mismo modo.
- ◆ El ambiente social es responsable en gran parte del aprendizaje y del mantenimiento tanto de las conductas normales como de las anormales.
- ◆ El objetivo principal del tratamiento es la conducta problema en sí misma.
- ◆ Para poder abordar cualquier conducta hay que desmenuzar en componentes muy pequeños (esa conducta). Basándose en un enfoque científico y que como consecuencia de ellos puede replicarse.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS:

1. De sensibilización sistemática: (Es el tratamiento más utilizado para los trastornos fóbicos).

- ◆ Consiste en elaborar una jerarquía de la situación temida.
- ◆ Entrenar en técnicas de relajación muscular.
- ◆ Someter al paciente a un tratamiento que consiste en hacer que asocie el eslabón que le produce menos ansiedad con relajación muscular hasta que ya no le produzca ansiedad.

2. Terapia de exposición:

Sometemos al paciente a la situación temida pero que provoque ansiedad.

Las instrucciones de exposición hacen referencia a que el paciente tiene que saber que la ansiedad tiene una curva, va aumentando, llega a un máximo y luego decrece. Con el paso del tiempo la curva se hace más plana.

Técnicas:

- ◆ Terapia de exposición asistida por el terapeuta
- ◆ Terapia de exposición de grupo.
- ◆ Inundación: sometemos al paciente al nivel máximo de ansiedad fóbica.
- ◆ Terapia de exposición siendo el propio paciente el que la realiza a nivel individual.

2/11/04

3. Refuerzo:

Consiste en provocar un suceso asociándolo a la ejecución de una conducta que queremos modificar.

Se denomina *refuerzo positivo*: cuando la aplicación de ese suceso aumenta la conducta. Los refuerzos positivos se suelen considerar agradables pero no tienen porqué serlo.

Se utilizan en todas las terapias.

El más utilizado de los refuerzos positivos es la atención verbal. En el caso de la terapia conductual se utiliza el refuerzo positivo pero de una manera consciente. (Utilizando mucho en esquizofrénicos; conducta pro social)

Se denomina *refuerzo negativo*: se refiere a un procedimiento por el cual una conducta disminuye. En general asociamos refuerzo negativo a refuerzo desagradable aunque no tiene porqué ser así.

Ejemplo: pacientes con anorexia nerviosa que no quieren comer se les amenaza con ponerles una sonda nasogástrica en el caso de que no aumenten de peso.

Una variedad de la teoría de los refuerzos es lo que se denomina:

EXTINCIÓN: es un procedimiento que consiste en la eliminación de refuerzos positivos para que así disminuya una conducta y llegue a desaparecer.

Ejemplo: en un paciente ingresado porque así controlamos los refuerzos positivos y evitamos que aparezca la conducta. Es tema del personal de enfermería enseñar a la familia esta técnica una vez que el paciente es dado de alta.

CASTIGO: consiste en aplicar estímulos aversivos a una conducta indeseable.

Se utiliza muy poco y generalmente cuando está en riesgo la vida del paciente y han fallado el manejo de refuerzos positivos.

Una variedad del castigo:

TERAPIA AVERSIVA: consiste en asociar un estímulo desagradable con una conducta indeseable. (Alcohol + medicamento= náuseas).

Se basa fundamentalmente en el condicionamiento clásico y es más eficaz si interviene en la conducta no deseada. Ejemplo típico: alcoholismo.

4. Modelamiento (o dramatización):

Es un procedimiento donde el terapeuta realiza una conducta deseada con el fin de que el paciente le imite.

Para realizar una técnica de modelamiento tenemos que analizar la conducta que queremos modificar y descomponerla en elementos muy sencillos para que el terapeuta los vaya imitando y el paciente los pueda copiar.

5. Entrenamiento en habilidades sociales:

Se utiliza en personas que presentan problemas de interacción con los demás.

Tanto en nivel individual y en grupo.

Primero realización de análisis del déficit de habilidades sociales en términos conductuales concretos. Y luego se utilizan refuerzos positivos o se realiza un modelado.

APLICACIONES:

Enfermedades psiquiátricas:

- Esquizofrenia
- Fobias
- Anorexia
- Alcoholismo (drogodependencia)
- Trastornos depresivos

Enfermedades somáticas:

- Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso).
- Prevenir o mejorar los dolores de cabeza
- Alteraciones del sueño
- Problemas gastrointestinales
- Asma bronquial.

También se puede usar la terapia conductual en el incumplimiento de medicación.

2. TERAPIA COGNITIVA:

Cualquier acontecimiento que vivimos se acompaña de una valoración cognitiva y en función de esa valoración vivimos un determinado estado emocional. Este estado emocional nos lleva a una predisposición conceptual. Esto se traduce en una conducta que esta en relación con el acontecimiento vivido.

Valorac.cognitiva

Acontecimiento estado emocional

Conducta predispos.conceptual

Si la valoración cognitiva es errónea; el estado emocional será depresivo o ansioso lo que nos llevara a una conducta desorientada.

Errores cognitivos:

Valoraciones cognitivas incorrectas.

Las más frecuentes:

Abstracción selectiva: llegar a una conclusión teniendo solo en cuenta una parte de la información.

Inferencia arbitraria: llegar a una conclusión sin tener pruebas suficientes, o a pesar de tener pruebas en sentido contrario.

Pensamiento absolutista: me califico a mi mismo o a mis experiencias en forma de todo o nada.

Magnificación o minimización: consiste en sobreestimar o subestimar la importancia de un atributo personal, un suceso de la vida, o una posibilidad futura.

Personalización: consiste en relacionar acontecimientos externos con uno mismo y todo ello sin que exista una base real para hacerlo.

Es importante diferenciarla de las paranoias y los delirios (la diferencia es el grado de convicción).

Pensamiento catastrófico: siempre se imagina lo peor que puede pasar.

Esquemas adaptativos y desadaptativos:

Pensamientos que nos ayudan o perjudican en nuestra vida. (Fotocopias)

3. TERAPIA GRUPAL:

Se basa en que las relaciones interpersonales son cruciales para el desarrollo psicológico. Además, estas son las bases de la personalidad y de los patrones de conducta; sería alrededor de los 5 años pero se va modificando a lo largo de la vida.

El número de personas que podemos atender es mayor que el que podemos atender a nivel individual. También es más eficaz.

Se usa tanto para pacientes psiquiátricos como no psiquiátricos.

Factores terapéuticos:

Inculcar esperanza: consiste en transmitir a la gente la esperanza de que estar en el grupo va a servir para mejorar la situación que está viviendo

Universalidad: piensas que solo te pasa a ti.

Difundir información: es una actividad que se puede usar a nivel grupal de distintas formas; fundamentalmente 2:

- Grupos de EPS
- Actividad del terapeuta y de los otros miembros.

Altruismo: experiencia de ser útil a otros miembros del grupo.

Desarrollo de técnicas de socialización: (ej. Diabetes)

Catarsis: hace referencia a la liberación de las emociones que se producen al compartir mis problemas y preocupaciones en el grupo.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: se produce un cambio respecto a como te ven en tu familia.

Factores existenciales: el grupo es un lugar donde compartir los sentimientos a cerca de los sentimientos existenciales de todo ser humano (muerte, soledad, libertad...)

Cohesión del grupo: se refiere a la atracción que sienten los miembros del grupo hacia el grupo. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan, se apoyan y están inclinados a establecer relaciones significativas.

La cohesión del grupo es la condición imprescindible para que se produzca cualquier cambio en el grupo.

Aprendizaje interpersonal: hace referencia a la actividad que resulta cuando una persona cambia su comportamiento en el campo de la observación de la conducta de otros de los miembros del grupo.

Pasos del aprendizaje interpersonal:

Cuando se llega a un grupo se llevan manifestaciones de la patología interpersonal.

Se le da un feedback y además puede autoobservarse; y así se empieza a compartir reacciones. Examino como me siento al compartir las reacciones (catarsis). Después se hace una comprensión de la opinión que tengo de mi mismo. A partir de aquí se desarrolla el sentido de la responsabilidad. Después, una toma de conciencia de mi poder para ejecutar el cambio; y al final realizo el cambio mediante un afecto elevado.

Funciones básicas:

- Decisión de establecer un grupo:
- determinar el ámbito (hace referencia a en que marco vamos a desarrollar la T.G. hace referencia al espacio físico donde van a tener lugar las reuniones) y el tamaño del grupo (de 6 a 8 personas). Tiene que tener unas características: privacidad, comodidad, que sea en un entorno agradable
- decidir sobre la frecuencia y la duración de las sesiones de grupo (alrededor de 90 min. mínimo o de 120 min. máximo).
- Grupo abierto o cerrado
- Decidir si se quiere o no coterapeuta.
- Momento de formar el grupo:
- el terapeuta tiene que decidir objetivos (es mejor tenerlos escritos y que se puedan medir)
- seleccionar los pacientes que puedan cumplir los objetivos que pretende el grupo.
- Preparar a los pacientes para la T.G hay que darles una explicación desde un punto de vista racional el proceso de la T.G, también descripción del tipo de consultas que se espera que realicen los pacientes en el grupo.

Establecer un contrato sobre la asistencia a las sesiones.

Crear expectativas sobre los efectos de la T.G

Anticipar algunos de los problemas que van a aparecer en la vida del grupo; como: conflictos con otros compañeros, desánimo, frustración...

- construcción y mantenimiento del grupo:
- crear la cultura del grupo (¿qué se va a hacer en el grupo?)
- identificar y resolver problemas comunes, son muy frecuentes los subagrupamientos, se crean conflictos.
- Utilizar las ayudas de manera adecuada.

Tipos de grupos:

Grupos orientados a la interacción:

La duración de este grupo es indefinida (hasta solucionar el problema)

La asistencia es voluntaria

Suelen durar entre 1 y 2 años

Objetivo:

- cambiar el carácter de la gente
- aliviar los síntomas

Factores terapéuticos principal:

- aprendizaje interpersonal
- recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

Criterios de inclusión:

- pacientes con alto nivel de funcionamiento.
- Deben desear cambiar.
- Deben ser capaces de tolerar un enfoque interpersonal.

Grupos de pacientes agudos:

La vida del grupo es indefinida.

La asistencia, generalmente es obligatoria.

Cada paciente suele estar entre 1 o 2 días, o varias semanas (depende de lo que dure su ingreso)

Objetivo: restaurar las funciones que estén alteradas.

Factores terapéuticos principal:

- infundir esperanza
- técnicas de socialización
- altruismo
- factores existenciales.

Criterios de inclusión: el paciente debe ser capaz de tolerar al grupo.

Grupos de seguimiento post-hospitalización:

La vida del grupo es indefinida y forma parte de un programa integral en relación con el seguimiento de los pacientes hospitalizados.

La asistencia, a menudo, es obligatoria.

Suele haber un nº fijo de sesiones (5–6)

Objetivo: la desinstitucionalización.

Factores terapéuticos principal:

- infundir esperanza
- difundir información
- conductas irritativas (aconsejar)
- técnicas de socialización.

Criterios de inclusión:

- pacientes que requieren un seguimiento, o una atención post-hospitalaria
- capaces de tolerar el marco grupal y asistir a las sesiones requeridas.

Grupos clínicos de control de medicación:

La vida del grupo es indefinida.

La asistencia es voluntaria

La estancia del paciente en el grupo es indefinida.

Objetivo: apoyo, educación y mantenimiento de las funciones.

Factores terapéuticos principal:

- difundir información
- técnicas de socialización

Criterios de inclusión: personas que son capaces de tolerar el marco grupal.

Grupos orientados a terapia conductual:

La vida del grupo es limitada. Suele ser entre 6 y 12 sesiones.

Asistencia al grupo es voluntaria

La estancia media del paciente es lo que dura el grupo

Objetivo: cambio conductual

Factores terapéuticos principal: técnicas de modificación de conducta, la universalidad y la conducta irritativa.

Criterios de inclusión: pacientes con problemas médicos específicos que sean subsidiarios de modificación por Conductual (ej. Trastornos alimenticios)

Grupos especializados en trastornos médicos:

La vida del grupo es limitada (6–12 sesiones)

La asistencia es voluntaria

La estancia media del paciente es lo que dure el grupo

Objetivos: educación, apoyo y especialización

Factores terapéuticos principal:

- Universalidad
- Cohesividad
- difundir información
- conducta irritativa
- altruismo
- factores existenciales.

Criterios de inclusión: pacientes con problemas médicos específicos que deseen una mayor educación (ej. Diabéticos)

Grupos especializados en acontecimientos vitales:

La vida es limitada (8–10 sesiones)

La asistencia es voluntaria y a menudo flexible.

El tiempo medio de estancia del paciente es lo mismo que dura el grupo

Objetivo: apoyo, catarsis y socialización

Factores terapéuticos principal:

- Cohesión
- Altruismo
- factores existenciales

Criterios de inclusión: pacientes que han sufrido un acontecimiento vital en su vida (ej. Duelo, violaciones, divorcios...)

4. Terapia familiar:

No solo es una terapia, también es una orientación conceptual de los problemas de las personas.

Como consecuencia de esto, la evaluación y el tratamiento de los problemas de individuo deben realizarse en el contexto de la unidad familiar. Este enfoque, además de dar importancia a la familia, da importancia a los factores culturales y a los socio-económicos

La finalidad de esta terapia es modificar los patrones familiares disfuncionales

Las teorías de esta T. familiar, consideran que la familia es un sistema abierto que funciona en relación a un contexto socio-cultural; y que evoluciona a lo largo del ciclo vital.

Principios que rigen el funcionamiento familiar:

Contexto: los problemas del individuo deben entenderse en un contexto social.

Interacción: las conexiones entre los factores biosicosociales y los patrones transaccionales son esenciales para entender los problemas de salud mental

Ajuste: las dicotomías: función/disfunción, normalidad/patología deben considerarse en relación con

el ajuste entre el individuo y su familia y el contexto

Causalidad: la causalidad de los problemas, tanto físicos como mentales, debe entenderse en forma de procesos circulares o recurrentes y de reforzamiento mutuo.

No adicionalidad: la familia es más que la suma de sus partes:

Tipos:

T.F estructural: implica 3 procesos distintos: reunión, aprobación y estructuración.

Se realiza esto, en 3 fases distintas:

En la 1ª fase: el terapeuta tiene como objetivo relacionarse y armonizarse con la familia para conseguir el acceso al sistema y así conseguir suficiente influencia para generar el cambio.

En la 2ª fase: el terapeuta evalúa experimentalmente a la familia, haciendo que sus miembros representen un problema actual enfrentándolos y poniéndolos en apuros para comprobar sus límites y sus flexibilidades emotivas. En este momento, el terapeuta establece el diagnóstico y un mapa estructural del campo familiar inmediato.

En la 3ª fase: el terapeuta diseña directrices y tareas para reestructurar la familia. Lo 1º que hace es bloquear coaliciones disfuncionales. Y después promueve alianzas funcionales t finalmente se fortalecen los subsistemas parentales y se refuerzan las fronteras generacionales.

Abordaje estratégico sistémico: las familias actúan de una determinada manera por 2 motivos:

- Creen que es la mejor manera de resolver el problema.
- Desconocen otras formas de resolverlo.

Funciones del terapeuta: interrumpir los abordajes ineficaces. Cada familia debe definir que es normal o saludable.

La responsabilidad del terapeuta se limita a iniciar el cambio que saque a la familia del patrón ineficaz que esta utilizando.

El objetivo: resolución del problema que se consulta

Técnicas:

- Reetiquetado y reencuadre: es la redefinición de un problema o situación, de tal formal, que sea visible desde una nueva perspectiva. Es útil para cambiar visiones rígidas, respuestas estereotipadas y reproches improductivas.
- Dar tareas conductuales.

Terapia abordaje conductual: aplicar T.Conductual a nivel familiar, lo más importante son las normas familiares y procesos de comunicación.

El objetivo y tratamiento de los problemas se definen en forma de conductas observables concretas.

Lo que tiene que hacer el terapeuta es guiar a la familia en el aprendizaje de modos más efectivos de relacionarse. Se trabajan sobre todo temas de comunicación y de resolución de problemas.