

TEMA 1 : INTRODUCCIÓN. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PSIQUIATRÍA

1/ DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL : Estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes.

2/ ENFERMEDAD MENTAL : Se clasifica con S.M. IV y con el C 10.

Su clasificación según el S.M. IV tiene 5 ejes :

- **Eje 1** : Aparece el diagnóstico clásico, los trastornos clínicos y otros objetos de atención clínica. (Trastorno obsesivo compulsivo).
- **Eje 2** : Aparecen los diagnósticos de trastorno de la personalidad y de retraso mental. (Personalidad dependiente).
- **Eje 3** : Aparecen otras enfermedades médicas. (Diabetes – sin otras alteraciones médicas)
- **Eje 4** : Aparecen problemas sociales y medioambientales. (Buen nivel económico, inmigrante...).
- **Eje 5** : Evaluación de la actividad global. (Dificultades en realizar actividades).

Su clasificación según el C 10 se basa en un sistema multiaxial:

- **Eje 1** : Eje clínico
- **Eje 2** : Eje de las discapacidades
- **Eje 3** : Factores ambientales y estilo de vida del paciente.

EL INFORME PSICOPATOLÓGICO tiene que tener detallados estos 4 aspectos :

1. Orientación (en tiempo, espacio y frente a su situación)
2. Objetivar los trastornos del pensamiento tanto en cuanto a la forma como al contenido
3. Establecer si hay trastorno del ánimo o de las emociones
4. Poner si hay déficits cognitivos (de atención, de memoria, de concentración...)

3/ HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Hay un antes y un después en el año 1985. Antes de este año los enfermos mentales estaban recluidos en manicomios y no tenían ningún contacto con el exterior.

En 1985 se da un movimiento, un pensamiento ideológico antipsiquiatría – postulaban que lo que estaba enfermo era la sociedad y que eso era lo que hacía enfermar a las personas. Laing era su autor más importante.

En este mismo año, los socialistas pusieron en marcha una reforma psiquiátrica y se elabora un informe de la comisión ministerial planteando las siguientes directrices:

1. Ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad.
2. Es hacia la salud mental infantil en la que hay un gran vacío asistencial, falta de recursos.
- 3*. La asistencia psiquiátrica debe trascender la reparación y convertirse en prevenir y reinsertar.
4. Incluirse en la asistencia general.
5. Reconversión del saber psiquiátrico de los profesionales. Extender los conocimientos y conceptos de salud mental al nivel asistencial primario para que puedan detectarse de manera precoz.
6. Integración de la psiquiatría en la Seguridad Social.

4/ USO DE LA OCUPACIÓN COMO MEDIO TERAPÉUTICO

4.1/ T.O. EN DIFERENTES CULTURAS

En China pensaban que la enfermedad era producida por una inactividad orgánica. Los egipcios edificaban templos para los melancólicos (deprimidos) y allí jugaban y realizaban actividades recreativas. En Grecia usaban música, trabajo, arte, deporte, viajes...

En el siglo XVIII y XIX se esboza la T.O que surge como tal a finales del siglo XIX al ver el valor de las ocupaciones como tratamiento.

Se inicia la T.O en psiquiatría, pero es a raíz de las dos guerras mundiales cuando se establece realmente.

4.2/ T.O EN PSIQUIATRÍA

En EE.UU., Meyer (psiquiatra de finales del XIX) proporcionó a la T.O una base filosófica, estableciendo que tenía que haber un equilibrio entre los ritmos de la vida (trabajo, juego, descanso y sueño).

Tracy, era una enfermera que trabajaba con encamados, observó que la ocupación mejoraba el tratamiento y en 1911 organizó el 1º curso de ocupación.

Hall médico que establecía la cura de trabajo. En 1915 escribió El trabajo de nuestras manos, estudio de las ocupaciones para los inválidos.

Clarke, trabajó con Meyer y organizó en Chicago la 1ª Escuela de T.O.

Rush Dunton fue un médico, el padre de la profesión. Publicó el primer texto completo de T.O.

En España se utiliza la terapia mediante la ocupación en los hospitales psiquiátricos de los Hermanos de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias. En 1877 el Padre Menni abrió en Cienpozuels un hospital psiquiátrico y trabajaban la granja.

La curación de los dementes queda reducida a 6 puntos :

1. Asistencia facultativa
2. Asistencia piadosa
3. Asistencia de alimentos

4. Asistencia higiénica
5. Recreación y ocupaciones
6. Disciplinar.

De 1881 a 1919 se instaura este tipo de tratamiento en los hospitales pertenecientes a esta orden. En 1962 el doctor Eliodoro Ruiz organiza el 1º curso de T.O en el Hospital de La Princesa. En 1991 se empiezan a crear las escuelas, y en 1997 la antigua escuela cierra las puertas.

TEMA 2 : APARATO PSÍQUICO

1. INTRODUCCIÓN

Antes de la aparición del psicoanálisis, la psicología clásica, se limitaba a aspectos como la memoria, el entendimiento y la voluntad.

A partir del siglo XIX se da importancia a la afectividad. La afectividad será el núcleo de la personalidad. Se descubre el inconsciente.

2. DISTINTOS PUNTOS DE VISTA DE LA PERSONALIDAD

2.1 **PUNTO DE VISTA TÓPICO** : Lugares o partes más fundamentales o básicas de nuestra personalidad. Estos lugares no son fácilmente observables porque son energías psíquicas.

– **Primera tópica** : 1900 – Freud habla de que en la personalidad existe la parte **CONSCIENTE** y la parte **INCONSCIENTE**.

El inconsciente se manifiesta a través de los sueños, de los actos fallidos (lapsus) y a partir de los síntomas.

Freud publica La interpretación de los sueños

– **Segunda tópica** : 1920 – Freud se da cuenta de las estructuras del ELLO, del YO y del SUPERYÓ. Son las partes básicas de la personalidad. Y consciente o inconsciente son adjetivos.

Consciente

Superyó Yo

Inconsciente

Ello

* Estructuración de los dos tipos de tópicos.

2.2 **PUNTO DE VISTA ECONÓMICO** : Se refiere a la energía que desde el punto de vista psíquico disponemos para funcionar. Es la vida instintiva pulsional.

– Pulsión de vida = **EROS**

– Pulsión de muerte = **THANATOS**

2.3 **PUNTO DE VISTA DINÁMICO(CONFLICTO)** : Conflicto que vivimos dentro de cada una de nuestras personas. El conflicto puede estar con el exterior, en el interior de las distintas partes de nuestra personalidad o dentro de cada parte de la personalidad (intrainstancias).

3. **INSTANCIAS DEL APARATO PSÍQUICO**

Las instancias son el ELLO, el YO, y el SUPERYÓ, y no hay unidad dentro de las instancias, en realidad no es todo tan armónico. Somos más sanos cuanto más armónicos somos.

· Características ; Son autónomas, antagónicas e interdependientes.

· La naturaleza ;

– **ELLO** ; Es el caos pulsional de difícil acceso. Su función consiste en brindar la energía psíquica que necesita la persona para vivir. Se rige por el principio del placer. Su finalidad es descargar la energía pulsional para percibir lo placentero. No conoce ni el bien ni el mal. El origen del ello, esta en la misma dotación genética.

Tiene una doble expresión :

a/ **Los instintos de vida** : que son toda la energía que nos lleva a la unión (energía sexual, lo amoroso, la creación.....eros = energía unitiva)

b/ **Los instintos de destrucción** : que es el thanatos y es todo lo que tiene que ver con la muerte, la desunión, la destructividad.

Toda esta energía pulsional se asienta sobre lo somático (genético, biológico, orgánico) y la transformación psíquica del instinto es la pulsión.

– **YO** : Es aquella parte de nuestro psiquismo que tiene la función de percibir la realidad y adaptarse a ella. Se rige por el principio de la realidad.

El origen del yo, es el ello que a medida que se va poniendo en contacto con la realidad, se va estructurando el yo.

– **SUPERYÓ** : La naturaleza del superyó es doble, y sus funciones son:

Cuando nos a mostrado cuales son los ideales que debemos cumplir;

a/ alabarnos cuando lo alcanzamos

b/ culpabilizarnos cuando no lo alcanzamos

El equilibrio entre estas dos funciones es un superyó sano.

Se rige por el principio del deber y el punto de vista ético y por la moral

El superyó sano es aquel que nos presenta nuestros derechos y los de los demás. Tiene su origen en el yo, y a medida que la realidad del yo se encuentra con la realidad materna y paterna es cuando se va estructurando el superyó.

Cuando el ELLO se desborda abarca una parte del yo y del SUPERYO : aparecen las PSICOPATÍAS.

Cuando el SUPERYO se desborda aparecen

Patologías depresivas muy culpabilizantes

y patologías obsesivas.

4. **LA PULSIÓN**

4.1 **DEFINICIÓN**

Trieb = Pulsión = Deseo

Instik = Necesidad = Instinto

* La **PULSIÓN** es la representación psíquica de una fuente de excitación continuamente corriente e intrasomática.

* El **INSTINTO** es lo mismo pero que no ha dado el paso a la representación psíquica.

La representación más elaborada de la pulsión es el deseo.

La representación más elaborada del instinto es la necesidad. (Es más biológico).

4.2 **CARACTERÍSTICAS** (Fuente, objeto, fin e intensidad)

* **Fuente** : aquella parte orgánica donde tiene su origen la energía pulsional (ej: la boca)

* **Objeto** : es aquella realidad a la que tiende la pulsión para encontrar satisfacción.

* **El fin** : tendencia a la descarga de la pulsión porque ahí es donde está la satisfacción de la pulsión.

* **Intensidad** : tiene que ver con aspectos genéticos y con los niveles de gratificación y frustración. Nivel de energía pulsional que se pone en juego.

4.3 **ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA PULSIÓN**

* En relación con la **FUENTE** son 3 etapas :

– **ORAL** : En dos vertientes ;

a/ Vertiente de la succión.

b/ Vertiente sádica o canibalística

– **ANAL** : Es una fuente de placer y tiene dos vertientes ;

a/ Retentiva : controlar las heces

b/ Expulsiva : soltar las heces (les gusta retener y soltar)

– **GENITAL** : Les produce placer tocarse.

* En relación con el **OBJETO** :

- EGOCÉNTRICA : En primer lugar para el niño está él mismo.
- NARCISISTA : Yo soy el rey del mambo. Esto pasa a los 3 años.
- **ETAPA DE RELACIÓN DE OBJETO EN SU VERTIENTE TANTO HOMOSEXUAL COMO HETEROSEXUAL** : El niño en primer lugar se identifica con los de su mismo género y en segundo lugar le gustan los individuos del sexo contrario.
- *Explicación de la pulsión* :

En el bebé esta pulsión le lleva a chupar porque le produce placer (aunque otras veces lo haga porque tiene hambre).

Lo más elaborado de toda la pulsión es el deseo pero esto se da cuando somos más mayores.

El instinto nos lleva a satisfacer una necesidad. En cambio la pulsión es algo más elaborado (puede ser el deseo de conocer, de explorar...)

5. ESTANCIAS DEL APARATO PSÍQUICO

Las estancias son inconsciente, preconscious y consciente.

Cons

ciente ESTANCIAS

Preconscious

Inconsciente

La CONSCIENCIA es aquello que está aquí y ahora, en mi consciencia.

El PRECONSCIENTE es aquella realidad que no está en la consciencia pero que puedo traerla a ella fácilmente (ej: actos fallidos)

El INCONSCIENTE es una instancia psíquica de otra categoría y son aquellos contenidos psíquicos que están en este nivel y no podemos traerlos a la consciencia, no tenemos acceso a ellos pero tienen otras vías de expresión como son las fantasías, los sueños, los síntomas, los sentimientos, los deseos...

El inconsciente se demuestra a través de sueños, síntomas y a través del imperativo post-hipnótico.

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

En el **sueño** hay dos partes ;

1– **Contenido latente** : lo que se esconde debajo del manifiesto es lo que quiere decir ese sueño.

2– **Contenido manifiesto** : son aquellas imágenes que aparecen y que a veces tiene que ver con lo que se ha vivido a lo largo del día.

* **Imperativos hipnóticos** : (Imperativo = mandato, poshipnótico = después de haber estado hipnotizado). Cuando alguien hace algo cuando está hipnotizado y no sabe porque ha sido, es por mandato.

Hay una realidad inconsciente que dinamiza la vida del hombre

RASGOS DEL INCONSCIENTE

– Es DINÁMICO ; Están cargados de energía y tienden a salir, pero la censura no les deja y por esto tienen que buscar otros caminos de salida, como durante el sueño, los síntomas...

El YO pone la censura y no deja salir el inconsciente.

– Los contenidos del inconsciente permanecen en plena ACTUALIDAD ; Otra forma de acceder al inconsciente es a través de la asociación libre.

6. INTEGRACIÓN DE LAS INSTANCIAS Y LAS ESTANCIAS

Al principio es todo ello y hay una parte del ello que se hace consciente y se convierte en otra instancia que es el yo y el superyó. Consecuencias de esto :

– El ello muy rico o muy pobre (muy reprimido o muy poca energía funcional). Esto se nota a través de los síntomas.

– El superyó puede ser muy grande ; por algo insignificante tiene un gran sentimiento de culpabilidad. También puede ser muy pobre (por grandes actuaciones poco sentimiento de culpabilidad).

– El yo a veces hace cosas que quiere y no quiere al mismo tiempo, y otras veces quiere hacer cosas y no puede (por ejemplo : quieres estudiar y no puedes).

7. EL INCONSCIENTE Y LA TERAPIA

El T.O tiene que ser sensible al nivel inconsciente de los pacientes. Ese inconsciente existe en el paciente y también en el T.O por tanto si yo soy dueña de mi inconsciente podré ayudar a mi paciente con el suyo, cuanto más controle yo el mío más capacitado estaré para establecer relación con el paciente.

Los inconscientes dialogan entre si mucho más allá de las palabras, a través de gestos, aptitudes, signos, miradas...(ej: relación de madre-bebé)

La importancia de todas aquellas actividades que puedan servir de vehiculación/canalización de nuestros contenidos inconscientes.

TEMA 3 : MECANISMOS DE DEFENSA

PULSIÓN DEFENSA FRUSTRACIÓN VIA CULTURA

PULSIONAL

VIA ENFERMEDAD

DESCARGA SATISFACCIÓN PERSONAL

· En muchas ocasiones los componentes de la pulsión producen angustia y esto hace que tengamos que

defendernos de ellos. Si no puede manifestarse la pulsión, se produce la frustración pulsional y de ahí salen la vía de la cultura o de la enfermedad.

· La vía de la cultura, como la estética, las artes plásticas a través de la sublimación o la renuncia (mecanismos).

Los mecanismos de defensa no son siempre patológicos.

LA PULSIÓN TIENDE A DESCARGARSE, porque es el ELLO, y no entiende del bien o del mal, sólo quiere descargar.

Los mecanismos de defensa surgen del YO.

Mecanismos de defensa = Técnicas de las que se sirve el YO para superar el conflicto psíquico.

* **MECANISMOS DE DEFENSA :**

· Los podemos agrupar en 3 subgrupos :

1. Los propiamente de defensa que se subdividen en :

1.1 Psicóticos

1.2 Neuróticos

2. Defensa – Superación

3. Superación

1.1 **MECANISMOS DE DEFENSA PSICÓTICOS**

* **NEGACIÓN** : Negación de la realidad. Es la no aceptación (negación) de una percepción intolerable de la realidad exterior. Es un mecanismo de defensa frecuente en los psicóticos y también en las personas sanas cuando recibimos una noticia impactante que necesita de un tiempo de asimilación. (Fallecimiento de amigo de repente = no puede ser).

* **ESCISIÓN** : División radical de los objetos en buenos y malos. Los objetos son las figuras internalizadas (relacionadas con las demás).

* **PROYECCIÓN** : Desplazamiento hacia el exterior de contenidos inconscientes e intolerables. Típico de los paranoicos.

* **VUELTA CONTRA SI MISMO** : Dirección de la agresividad contra uno mismo.

* **REGRESIÓN** : Retroceso ante una fuerte frustración a etapas evolutivas ya superadas. (Cuando el niño de 4 años tiene un hermano y cuando ve la papilla quiere...) Afecta al autocuidado.

* **TRANSFORMACIÓN EN SU CONTRARIO** : Cambio radical de amor en odio o a la inversa. (Vamos a comer que seguro que tienes hambre, la que tiene hambre es la persona que habla).

1.2 **MECANISMOS DE DEFENSA NEURÓTICOS**

– **Neurótico** : (Neurosis). Hace referencia a las patologías en las que hay unas reacciones muy exageradas ante las situaciones cotidianas.

* **REPRESIÓN** : Exclusión de la conciencia de contenidos psíquicos intolerables. Mecanismo prototípico de las neurosis.

* **NEGACIÓN** : Aceptación de un contenido intolerable mediante la explícita negación de la paternidad del mismo. Se formulan deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos pero se defienden negándolos.

* **ANULACIÓN RETROACTIVA** : Dar por no existidos deseos, actos o palabras que resultan intolerables. Es como si algo no hubiese ocurrido y para ello se utilizan pensamientos o compensaciones de significación opuesta. (Pasar un borrador mágico, tocar madera).

* **AISLAMIENTO** : La separación entre si de diversos contenidos psíquicos para evitar la excesiva elevación del nivel de angustia. Se da mucho en obsesivos.

* **RACIONALIZACIÓN** : Es el intento de dar una explicación coherente a una actitud, una idea, sentimientos cuyos motivos verdaderos no se perciben porque resultan intolerables. (No tengo hijos, porque ya hay mucha gente en el mundo – No los tiene porque no acepta la maternidad). La zorra y las uvas.

* **MECANISMOS DE DEFENSA – SUPERACIÓN**

– **REPARACIÓN** : Intento de restauración sana o patológica de relaciones real o fantasmáticamente deterioradas (cuando haces algo malo o alguien o crees haberlo echo intentas reparar el daño)

– **IDENTIFICACIÓN** : Asimilación inconsciente de rasgos de personas significativas de nuestro entorno (copias aspectos que te gustan de una persona)

– **IDEALIZACIÓN** : Elevación fantasmática a un distorsionado grado de perfección de personas o circunstancias que nos rodean (ves sólo los aspectos buenos de una persona o cosa; lo malo de esto es que entonces se tiene elevado en un pedestal lo que crea agresividad por lejanía)

– **FORMACIÓN REACTIVA** : Intensificación de una tendencia de signo contrario a aquella que nos resulta intolerable (se hace algo, pero no por altruismo sino por tapar otra situación. Es el caso de los españoles cristianos con la inmigración ; no aguantan el problema pero está bien visto que un cristiano trate mal a gente pobre)

* **MECANISMOS DE SUPERACIÓN**

– **RENUNCIA A LA PULSIÓN** : Rechazo consciente del paso a acto de una pulsión declarada como inconveniente (somos conscientes de que haríamos algo frente a una agresión pero rechazamos el primer pensamiento. Ej : nos roban, yo le mataría, pero en realidad no lo haces, eres consciente de tus deseos)

– **DESPRENDIMIENTO** : Es un mecanismo que se da ya al final de la cura Resolución del conflicto defensivo.

– **INHIBICIÓN EN CUANTO AL FIN** : Es la transformación en ternura o autoafirmación personal de tendencias de origen sexual o agresivo respectivamente (ej: un compañero hacia el que antes tenias atracción sexual, puede ser que la finalidad se satisfaga o que no por cualquier causa : frustración pulsional, el deseo no se consolidó)

– **SUBLIMACIÓN** : Transformación en actividades culturales, estéticas, científicas o religiosas de energía positiva originariamente sexuales o agresivas (ej : los niños con 2 años tienen la necesidad de jugar con barro, plastelina... de ensuciarse; es sublimatorio de la curiosidad por los objetos)

MECANISMOS DE DEFENSA Y DIFERENTES CUADROS PSICOPATOLÓGICOS

* **Neurosis de ansiedad** : los mecanismos de defensa son regresión, desplazamiento y racionalización.

* **Neurosis histérica** : mecanismos; represión, desplazamiento físico (ej: ceguera histérica), regresión, negación, idealización, formación reactiva y escasa capacidad para sublimar.

* **Neurosis fóbicas** : mecanismos : represión, desplazamiento, evitación, proyección y regresión

* **Neurosis obsesivo – compulsiva** : regresión, formación reactiva, anulación, aislamiento, vuelta contra sí mismo y regresión

* **Psicosis** : regresión, negación (de la realidad), proyección (sobre todo paranoicos), idealización, omnipotencia y escisión.

* **Trastornos de la afectividad** : (trastorno bipolar, maniaco-depresivos...) regresión, disociación, identificación con el objeto perdido, reparación y omnipotencia.

TEMA 4 : ENFOQUE CONDUCTUAL DE TRATAMIENTO

Lo más importante es la desensibilización y la asertividad.

A finales de los sesenta se introduce el aprendizaje por imitación (aprendizaje vicario, Bandura). El sujeto es capaz de observar un modelo que demuestra ciertas habilidades y que es recompensado por las mismas.

A partir de los setenta se introducen los métodos cognitivos – conductuales y el énfasis se encuentra en lo que los demás piensan y dicen de sí mismos y cómo afecta esto a su conducta.

- A. Ellis (técnicas para la depresión)
- A. Beck
- Meichenbaum (técnicas para el control de la impulsividad)

A principios de los ochenta hay un cierto énfasis en el conductismo y se acentúa el papel del condicionamiento clásico en la etiología y tratamiento de las neurosis.

También en los ochenta se produce un énfasis en lo que tiene que ver con la emoción y el afecto.

Actualmente hay una tendencia a la integración.

CONCEPTOS Y PRINCIPIOS TEÓRICOS

– La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta.

– La terapia de conducta se concentra en el aquí y ahora.

– Las conductas inadaptadas son adquiridas a través del aprendizaje. Bien por el paradigma operante o por el paradigma del condicionamiento clásico o por el moldeamiento.

PARADIGMA OPERANTE O CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

Las operaciones sobre el ambiente son instrumentales en la obtención del reforzamiento deseado. En presencia de un estímulo particular se ejecuta una respuesta que es reforzada. En el futuro en presencia de ese mismo estímulo discriminatorio (E.D) la respuesta tendrá más posibilidades de ser repetida ; la respuesta se extingue por ausencia de recompensa.

Los castigos pueden ser ; – estímulo aversivo

– eliminación de un refuerzo positivo

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO DE PAULOV

Tiene 3 fases ;

1/ E.I (soplo) R.I (parpadeo)

2/ E.C (tono) + E.I R.I

3/ E.C R.C (parpadeo)

MOLDEAMIENTO O MOLDEADO

– Cualquier aproximación burda a la respuesta deseada es recompensada inicialmente. Seguido de las recompensas que son más y más cercanas al resultado deseado o producto final.

– La terapia de conducta mantiene que el aprendizaje puede ser muy efectivo en el cambio de conductas inadaptadas

– La terapia de conducta incluye el establecer unos objetivos terapéuticos específicos y bien definidos. La mejoría puede ser operacionalizada (medida fácilmente)

– La terapia de conducta acentúa el valor de obtener apoyo empírico para sus técnicas

SECUENCIA DE PASOS EN LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

- Identificar el objetivo final o el objetivo del tratamiento definido operacionalmente, debe ser observable y cuantificable (ej : medicación)
- Determinar la frecuencia del comportamiento
- Diseñar una forma de recogida de datos
- Seleccionar un reforzador (ej : objetos de consumo)
- Determinar un plan de refuerzos. Si va a ser inmediato, intermitente o si va a ser después de cada sesión
- Esquematizar los datos

INDICACIONES DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

1. Tener pacientes motivados y con actitud activa hacia el tratamiento y que no hayan fracasado en este tipo de tratamiento antes
2. Trastorno que requiere intervención práctica
3. Trastorno en los que sean fácilmente reconocibles cavidades lineales

SITUACIÓN ORGANISMO RESPUESTA

Ej : Ante un trastorno de consumo de alcohol, la situación de estar con los amigos exige a veces la respuesta de consumo.

Ej : En las fobias a los perros, tenemos una reacción de angustia – respuesta – cruzar de acera

4. Trastorno en los que los procedimientos de condicionamiento operante, es decir, con utilización de refuerzos + y -, se muestran efectivos por su rápida acción.

Ej : trastorno de la alimentación

LAS CONTRAINDICACIONES PARA LA TERAPIA DE CONDUCTA

1. Pacientes poco motivados y con actitud pasiva hacia el tratamiento (Los depresivos colaboran más, en cambio los psicópatas no colaboran porque no creen tener ningún problema)

2. Trastorno en las que exista un problema de personalidad y/o conflicto intrapsíquico, con lo que se requiere un apoyo a más largo plazo.

3. Este tipo de tratamiento esta desaconsejado en problemas en las que persiste una causalidad de pareja.

Ej : problemas de pareja

Circular : Situación que origina una respuesta y esta vuelve de nuevo a la situación.

Ej : marido que vuelve a casa bebido – la mujer se enfada – el vuelve a beber...

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN LA TERAPIA DE CONDUCTA

*** TECNICAS BASADAS EN EL CONTROL DEL ESTÍMULO**

· Desensibilización sistemática : aproximación gradual a la situación temida (factor estresante)

· Refuerzos + y -.

· Extinción graduada : de una conducta inadaptada

· Exposición y prevención graduada ; cuando es una conducta a la que te expones

· Técnicas de reducción de la ansiedad

· Inundación : enfrentar al paciente al objeto que genera ansiedad con la máxima intensidad y durante un periodo de tiempo alargado.

· Intención paradójica : Decirle al paciente lo contrario.

Ej : Persona con insomnio. Se le dice que no tiene que dormir, que se ponga a hacer cosas. Hay que conocer muy bien al paciente para aplicarla.

*** TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONSECUENCIA**

- Refuerzo contingente a la reacción = + y -
- Economía de fichas
- Tiempo fuera de reforzamiento positivo

*** TÉCNICAS DE MODELADO**

- Aprendizaje a partir de un modelo en vivo
- Aprendizaje encubierto a partir de un modelo

*** TÉCNICAS DE AUTOCONTROL**

- Autoobservación : enseñar al paciente a saber lo que son las cogniciones y aprender a distinguirlos de conductas y emociones. Sirve para la creación de alternativas y para descubrir los sesgos para analizar la información.
- Control de estímulos : presentar estímulos discriminativos o indicios de la conducta deseada o de una conducta alternativa a la que se quiere eliminar. También es reducir o eliminar estímulos discriminativos o indicios de la conducta deseada.

Ej : bajar peso- comprar alimentos hipocalóricos – no entrar en las pastelerías.

- Control de contingencias : configurar los estímulos para facilitar la emisión de la conducta deseada.

Ej : colocar los alimentos light a mano, llevar fruta al trabajo.

- Contratos de contingencias : Hacer un contrato formal en las que las 2 partes se comprometen y si no se cumple se penaliza.

* En T.O. son útiles estas técnicas porque a veces tenemos que eliminar conductas inadaptadas e implementar / enseñar otras conductas adaptadas.

Mirar Hopkins pag 62, Conceptos Fundamentales de B. Polonio. Libro de Vallejo Ruiloba.

(Final de tema)

TEMA 5 : ENFOQUE COGNITIVO – CONDUCTUAL DE TRATAMIENTO

TERAPIAS COGNITIVO – CONDUCTUALES (T.C.C)

* Terapias cognitivo – conductuales (T.C.C) : Proponen un modelo de psicopatología y una teoría del cambio de la conducta que integra distintos enfoques.

– Desarrollo histórico ; hay 2 líneas

- Una deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos Kelly, Ellis, Beck.
- De la adecuación de la teoría del aprendizaje en concreto de las aportaciones de Bandura.

* Las terapias cognitivas semánticas : el modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento

porque así se avanza hacia su salud.

El foco hacia el cual dirigen su atención es el contenido ideacional del síntoma.

Ej : persona con depresión – piensa negativo – soy una mierda, no merece la pena vivir así – desde este enfoque modifican el estado de ánimo intentando variar el pensamiento, corrigiendo lo que piensa de si mismo.

Tal como pienses así te sentirás

ALBERT ELLIS : Desarrolló la T.R.E. o Terapia Racional Emotiva. La premisa básica es que el sufrimiento racional es debido a los modos inadaptados en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen.

Ej : personas que dicen que el mundo está mal y son muy desconfiados (no amigos, no inversiones)

AARON BECK : Es importante en el trastorno e investigación en la depresión. En el tratamiento de desórdenes psiquiátrico introdujo 3 conceptos básicos :

1. Eventos cognitivos : pensamiento automático
2. Procesos cognitivos : como pensamos
3. Estructuras cognitivas : esquemas de pensamiento

· Los desordenes psicológicos se caracterizan por un autoesquema dentro del cual se procesa la información relacionada con el si mismo.

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

· El aprendizaje humano está mediado cognitivamente y que hay una interacción continua entre variables conductuales, cognitivos, afectivas, fisiológicas y ambientales.

Mirar libro verde – terapias cognitivas y técnicas y Vallejo Ruiloba.

CONCEPTOS Y PRINCIPIOS TEÓRICOS

· El modelo cognitivo–conductual de la psicopatología intenta integrar las escuelas semántica y conductual con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta.

· El terapeuta debe ayudar al paciente a asumir la responsabilidad en el cambio.

· El modelo conceptual del cambio de conducta ;

1. Autoobservación y recogida de datos
2. Desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores (con los inaceptados). Esto produce cambios en 3 áreas ;

a/ Conducta manifiesta

b/ Capacidad autorregulativa

c/ Estructuras cognitivas

3. Envuelve las cogniciones y sentimientos del paciente respecto al cambio. Con los objetivos de que el paciente se atribuya a sí mismo los cambios y aprenda a anticipar las recaídas y las evite.

- Características comunes de las estrategias y las técnicas ;

- Son activas

- Son de tiempo limitado

- Son muy estructuradas

- Estas terapias se aplican tanto a nivel individual como a parejas, grupos. Tanto en prevención como en tratamiento, y en diferentes edades (niños, adultos...)

TÉCNICAS COGNITIVAS

* TERAPIA COGNITIVA DE BECK – Es aplicada sobre todo al trastorno depresivo. Es importante porque es una técnica diseñada específicamente para el tratamiento de la depresión tanto en sus formas reactiva, moderada o grave, excepto en la depresión psicótica. Es importante también porque los estudios comparativos con otras terapias, incluso con antidepresivos demuestran que es eficaz.

- Las cogniciones distorsionadas no son producto de la depresión, sino su causa. El pensamiento origina el estado afectivo.

- Las cogniciones distorsionadas negativas y las aptitudes inadecuadas fomentan la depresión. Esto hace que haya recaídas. Beck se dio cuenta de que en la mente del depresivo aparecía una triada cognitiva que consiste en :

- visión negativa (de uno mismo, del mundo y del futuro)

- patrones cognitivos estables o creencias absolutas y arbitrarias (tengo que caer bien)

- distorsiones cognitivas en la percepción de los acontecimientos (inferencias arbitrarias, sobregeneralización, abstracción selectiva)

Procedimiento terapéutico de Beck (2 fases) :

1 FASE : DIAGNÓSTICA . (4 subapartados)

1.1. Análisis de la sintomatología (a nivel somático como afectivo, como cognitivo y conductual)

1.2. Evaluación de la intensidad de la depresión. Como se mide la depresión (Beck) ;

- Escala de Hamilton también Subescala de Minnesota

- Inventario de depresión de Beck

1.3. Orientación ; explicar al paciente los resultados y en que va a consistir la terapia.

1.4. Definición y especificación de los problemas ;

2 FASE ; TERAPÉUTICA (4 apartados)

2.1 Análisis funcional de la conducta depresiva (autorregistro, el paciente es + activo)

2.2. Generación de soluciones en cuanto a formas del pensamiento alternativas conductuales. (Relajación, HH.SS, moldeamiento)

2.3 Experimentación personal : poner a prueba nuevas hipótesis y otras estrategias de pensamiento

2.4. Graduación de la intervención terapéutica : necesitar cada vez menos al terapeuta.

* TERAPIA RACIONAL EMOTIVA : Los trastornos emocionales son el fruto de creencias irracionales que hay que modificar. Esas creencias irracionales son : que hay que caer bien a todos, se debería, hay que (son imperativos).

Las etapas que Ellis plantea en el modelo de A,B,C,D,E son :

- Situación o acontecimiento activador
- Autoverbalizaciones producidas por la situación
- Consecuencias, emociones y conducta resultado de b.
- Disputa, intervención terapéutica en que se discute la lógica de esas creencias
- Resultado al que se llega al emplear creencias más lógicas

Ejemplo : Tu jefe te dice que has hecho algo mal. Si la persona está sana, lo corrige y ya está. Si la persona no está sana, lo generaliza y piensa que todo lo hace mal, que no sirve para nada, que es inútil, esto es una sobregeneralización autoverbalizada.

– tristeza – no volver a intentarlo

Emociones – autoestima baja Conducta – meterse en la cama

– sit. Depresiva – irritabilidad

El terapeuta tiene que tratar de modificar los esquemas o planteamientos mentales falsos por otros más lógicos. Para ello utiliza la *PERSUASIÓN VERBAL* para sustituir los pensamientos irracionales por parte del paciente de la autoridad del terapeuta.

Este método se ha aplicado a depresión, ansiedad, problemas conyugales... Es más científica, con más relevancia la de Beck. La de Ellis se centra más en la personalidad del terapeuta, en cambio la de Beck se centra más en la propia técnica no depende tanto del terapeuta.

* AUTOINSTRUCCIONES DE MEICHEMBAUM : Tiene 2 fases }

– **Instauración de verbalizaciones internas** adecuadas que permitan la realización o el enfrentamiento a una determinada tarea o acontecimiento.

– **Generalización del entrenamiento en autoinstrucciones.**

Es muy utilizada en niños hiperactivos.

Ej : Ante una conducta como que el niño se levante de la silla y salga de la clase, con esta técnica, cuando tenga este impulso se dice a sí mismo no me voy a levantar, no voy a salir de clase ahora... Cuando ya consigue dominar el impulso en el aula podrá generalizarlo e ir ensayando en el comedor, en casa...

En realidad la dificultad no está en que el niño sea capaz de llevar a cabo las verbalizaciones internas, la dificultad está en que el niño sea capaz de finalmente contener el impulso de levantarse.

– Mentalmente no se registran las verbalizaciones negativas. Por ejemplo, si tu mentalmente verbalizas no me voy a poner nerviosa, lo que tu cabeza registra es que te vas a poner nerviosa y te predispones, por eso siempre hacemos verbalizaciones positivas.

A un paciente nunca se le dice te faltan en el hombro 60° de arco articular, en cambio le decimos, Tiene usted 120° de arco articular en el hombro

* **TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS** : Tiene varios pasos

- Especificar el problema (es el más importante)
- Perfilar el problema
- Reclasificar el problema
- Buscar alternativas
- Buscar y seleccionar estrategias
- Describir y valorar las consecuencias positivas y negativas
- Escoger la alternativa mejor valorada y descubrir los pasos necesarios para llevarla a cabo.
- Evaluar los resultados

Hay que especificar muy bien el problema, no vale no me encuentro bien, un problema específico sería cada vez que veo a mi hermana comiendo en el sofá me pongo enferma

EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES DE LAS TÉCNICAS COGNITIVAS

Estas técnicas son más efectivas que el placebo o el no tratamiento, por lo tanto son eficaces. Es igualmente efectiva que otras formas de tratamiento.

Pueden ser combinadas con otras formas de tratamiento (incluso farmacológico)

Se han utilizado para depresión, ansiedad, problemas de afectividad, dolores de cabeza, fobias y otros muchos.

Las terapias cognitivas – conductuales son un modelo conceptual para la comprensión y el tratamiento de los trastornos clínicos. No se limita a la técnica sino que tiene detrás el modelo conceptual.

Tanto en teoría como en práctica integran intereses clínicos de modelos psicodinámicos con las terapias de conducta.

CASO CLÍNICO

· El paciente es una niña de 12 años que acude a la consulta porque tiene ciertos tics. Es la segunda hija de un matrimonio de nivel medio-alto. El padre es economista y la madre enfermera. Su hermana es 14 meses mayor que ella.

· Se realiza una exploración médica y no se detecta nada, excepto una cierta rigidez en la matriz.

En la exploración biográfica (preguntas a los padres sobre cuando la niña era más pequeña) tenemos ; que

padeció una ansiedad de separación cuando su madre empezó a trabajar, ya que paso por muchos cuidadores en muy poco tiempo. También fue hospitalizada cuando sólo era un bebé por un problema de deshidratación.

· Los tics surgen hace un año y medio, de pronto un día que se echo la siesta con su padre, al despertar tenía movimientos coreicos persistentes.

Tiene dificultad en las relaciones interpersonales, dificultad para compartir, celos de las amigas de su hermana ya que está muy apegada a ella.

Es una niña con un nivel académico excelente, (se mosquea si saca un 9, sobre todo si otra niña de su misma clase saca más nota, porque existe una gran rivalidad entre ellas)

Tiene ciertos rituales para intentar controlar la ansiedad, por la noche hace un ritual consistente en que el padre le de un beso y registre toda la habitación para comprobar que no hay nada ni nadie.

1. Aplicar los mecanismos de defensa que utiliza esta niña

2. Encuadrar el marco de tratamiento que utilizaríamos.

TEMA 6 : ENFOQUE PSICOANALÍTICO

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

- Método de Investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo. Estos procesos mentales son sueños, actos fallidos...
- Método basado en esta investigación para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos, es decir, que es una técnica de tratamiento.
- Conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

APARATO PSÍQUICO : En su doble articulación de consciente, inconsciente y de las estructuras del yo y del superyó)

LEYES FUNDAMENTALES : Libre asociación + Atención flotante (se aplican simultáneamente)

- **Libre asociación** : expresar sin discriminación todos los pensamientos, imágenes, sentimientos, sensaciones, emociones... ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño...) ya sea de forma espontánea. Es una ley para que la cumpla el paciente.
- **Atención flotante** : contrapartida de la anterior. El terapeuta escucha sin conceder privilegio a ningún elemento del discurso. Es una ley para que la cumpla el terapeuta. Se trata en realidad, de escuchar por debajo de lo que el paciente está diciendo. Por ejemplo, debajo de un sueño que te está contando tu puedes descubrir soledad, abandono, sensación depresiva...

FUNCIONAMIENTO DEL INCONSCIENTE : En el inconsciente se dan 3 fenómenos que son ,

- **Simbolismo** : modo de representación indirecta y figurada de una idea de un conflicto, de un deseo inconsciente. Podemos decir que es simbólica toda formación sustitutiva del síntoma.
- **Condensación** : una representación única representa por si sola varias cadenas asociativas en la intersección de las cuales se encuentra. Se da en el síntoma, en el sueño.
- **Desplazamiento** : consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede

desprenderse de esta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa

INFANCIA : la infancia es la etapa en la que se organiza el psiquismo y marcará las relaciones en la edad adulta.

TRANSFERENCIA / CONTRATANSFERENCIA : la transferencia es un proceso según el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos (personas) dentro de un determinado tipo de relación. Es una repetición de prototipos infantiles.

La contratransferencia son reacciones inconscientes del analista ante la transferencia del analizado. ¿Qué siento como terapeuta ante la transferencia del paciente tanto si es de odio como amorosa?

RESISTENCIA : Todo aquello que se opone al acceso del paciente al inconsciente.

T.O Y EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO

· Escasez de publicaciones

· El psicoanálisis es la base de toda la teoría psicodinámica y es marco para la intervención

En T.O se adquieren y recuperan funciones, pero también y sobre todo, se habilita, es decir, se hace uso de esas funciones.

– Resistencia : todo aquello que hace obstáculo al T.O.

Ej : sumisión total del paciente ante el T.O, la no colaboración, inhibirse...

– El instrumento para la intervención es el diálogo, para la relación terapéutica, los objetivos y la actividad, que debe ser siempre dialogada.

– Funciones del T.O desde el enfoque psicoanalítico :

- facilitan las actividades y el juego
- escuchar el discurso del paciente (por debajo de lo que dice)
- abrir y sostener el espacio de diálogo
- detectan dificultades y obstáculos que se presentan en relación con la actividad y la relación terapéutica
- dan sentido a lo que no tienen sentido
- investigar con que recurso cuenta el paciente

– Técnicas que se utilizan desde este enfoque (individuales y grupales) :

- técnicas proyectivas (pintar, modelar...)
- técnicas de creatividad
- técnicas de dramatización
- técnicas de juego
- utilización terapéutica de la relación

- Cualidades del T.O para trabajar : tener salud, para poder dar salud.

TEMA 7 : OTROS ENFOQUES PSICODINÁMICOS

INTRODUCCIÓN

- Estas técnicas psicodinámicas se consideran derivadas del psicoanálisis.
- * Técnicas ADLERIANAS (de Adler) que tratan de lograr una adaptación del sujeto a su realidad.
 - Teoría de Adler : el ser humano está en una disyuntiva respecto al afán de poder de lo que se deriva también el complejo de inferioridad. Hace más énfasis en el YO.
- * Técnicas JUNGIANAS (de Jung) : el T.O ocupa el lugar de un compañero. Estas técnicas se han desarrollado mucho en lo que se llama imaginación activa.
- * Técnicas de evaluación : las faulas (celos, agresividad) de Dous se aplica a los niños, se les cuenta una historia a medias y ellos la tienen que terminar y en función de cómo la terminen se averigua.

Ejemplo : se le cuenta al niño la historia de una mamá que tiene un cordero ya grande que le sigue dando de mamar. Pero de repente la mamá tiene otro corderito y le dice al mayor que como ya es grande tiene que comer hierba para que ella pueda darle leche al corderito pequeño. Entonces se le pregunta al niño, ¿qué hace el corderito grande?. No se le dan pistas, sólo se deja que el niño imagine.

MODELO HUMANISTA

- Prioriza la experiencia, los valores, las aptitudes, los significados (en el fondo), el crecimiento y el desarrollo del ser humano.

Este modelo surge en los años 70, con el movimiento hippie. Sus autores tuvieron contacto inicial con el psicoanálisis y luego se separaron de él, siendo en realidad un movimiento que agrupa a diferentes terapeutas con bases ideológicas similares. Estas bases son :

- Raíces filosóficas basadas en el existencialismo autores como Sartre o Jaspers
 - Concepto unitarista de mente y cuerpo (no se pueden separar ambas)
 - Concepciones derivadas de la psicología grupal o social
 - Valoración del individuo frente al medio social, lo que cuenta es el individuo. Visión optimista y esperanzada del ser humano.
 - Laing. Influencias del movimiento antipsiquiátrico de Laing. La sociedad está enferma pero no el individuo. Apostaba por sacar a todos los enfermos mentales a la calle.
- La **condición esencial en el tratamiento** : el encuentro mutuo entre el terapeuta y el cliente en el aquí y ahora del diálogo terapéutico. Lo importante es el terapeuta como ser humano no como profesional que aporta técnicas, sino como persona que conecta con las emociones del paciente.

Hay una aceptación incondicional del cliente por parte del terapeuta.

Los abordajes los hacen en los grupos de encuentro en los que se trata de proporcionar al sujeto nuevos caminos para capacitarse en acrecentar el autoconocimiento y la capacidad para resolver sus propios conflictos.

- * Indicadores para estos grupos de encuentro :

- para individuos con problemas en el área existencial (que soy?, que quiero hacer?)
- no está indicado para psicóticos ni para ninguna patología neurótica porque hay mucho riesgo de descompensación. (examen)

* Técnicas y autores : Maslow que escribió un ensayo El hombre autorrealizado es más teórica que práctica. Lo que trata es de hacer una aproximación entre Freud y el conductismo.

Contrapone la enfermedad mental a la experiencia de autorrealización que necesita experiencias de integración, honestidad y cuando esto no se da se produce la enfermedad.

Habla de experiencias cumbres : cuando la persona se siente feliz, las experiencias cumbres se suceden más frecuentemente y con más intensidad cuanto más realización logra el sujeto. Cuanta más experiencia de autosatisfacción se generan autorrealización.

- Plantea una jerarquía de necesidades, una pirámide :
- Hay muchas personas que se tienen que mover entre el 1 y el 2 para sobrevivir.
- Otros autor C.R. Rogers : Terapia centrada en el cliente en su enfoque terapéutico.

Él postula que todo individuo posee en si mismo importantes recursos para comprender su comportamiento, modificar su autoconcepto y sus aptitudes y dirigir su conducta.

Las directrices en esta terapia son :

- crear una relación genuina
- aceptar al cliente incondicionalmente
- comprender al paciente empáticamente
- estar cercano con las propias experiencias internas (q siento yo como T.O)
- El T.O hace de espejo, le devuelve al paciente como se siente, su propia imagen (no interpreta lo que dice).
- En el continuo función – disfunción :
- La **función** = experiencias de autorrealización
- La **disfunción** = la incongruencia entre el YO deseado y el yo real (una cosa es lo que soy y otra distinta lo que quiero ser, cuanto más distante está una cosa de la otra, más disfunción hay)
- Aplicación de la T.O : Para este enfoque, el tratamiento en grupo es más adecuado.

Los objetivos no son tanto las acciones sino el autoconocimiento y la comprensión de uno mismo y la autoactualización. Son los sentimientos, la expresión de esos sentimientos, la identidad, la imagen corporal, los sentimientos que provoca el cuerpo, los valores y las actitudes, los estilos de interacción con otra persona y con el grupo.

El T.O actúa como facilitador y como consejero, crea una relación de ayuda.

* Técnicas más utilizadas desde este enfoque

- Todas las técnicas / terapias creativas ;
 - ◆ Juego de roles
 - ◆ Entrenamiento asertivo
 - ◆ Dramatizaciones : psicodrama (libro de Pilar Durante)
 - ◆ Fantasía guiada
 - ◆ Relajación etc...

- Los puntos a tener en cuenta, los temas sobre los que se trabaja son :
 - ◆ Autonomía
 - ◆ Amor
 - ◆ Soledad
 - ◆ Muerte
 - ◆ Pérdida
 - ◆ Intimidad
 - ◆ Búsqueda de valores
 - ◆ Emociones y sentimientos
 - ◆ Elección vocacional.

TEMA 8 : TRATAMIENTO DE T.O CON NIÑOS

- La pediatría es un área clásica de T.O.
- ¿Dónde se detectan estos trastornos psicopatológicos en la infancia?
 - en el colegio
 - en la consulta pediátrica
 - en los servicios de atención temprana
- Muchos tienen problemas en el aprendizaje y tienen el trastorno camuflado, porque se les diagnostica como niños con dificultad en el aprendizaje una especie de cajón desastre donde cabe todo.

Pág 505 del Hopkins. Vallejo Ruiloba – Principales trastornos de la infancia y adolescencia.

EL JUEGO Y LA SOCIALIZACIÓN

- El rol del trabajo y la recreación social del adulto se desarrolla desde el juego.

Lo importante del **desarrollo en el comportamiento ocupacional** es :

– determinar el grado de desorganización del comportamiento ocupacional del niño que ha producido la lesión o enfermedad y la identificación de los pasos para mejorar la disfunción y estimular la progresión

- Hay que conocer muy bien el desarrollo motor, afectivo, sensorial, social, cognitivo... de un niño para saber detectar cualquier anomalía.

- **Juego en preescolar** : Hay una evolución, desde el juego solitario, al juego en paralelo y por último al juego asociativo y cooperativo.
- **Juego en escolares** : Es un periodo crítico, se forman las pautas de competencia y confianza. Aparece la socialización en la escuela, el niño aprende a trabajar con los maestros, y la relación con ellos es diferente a con los padres ya que el maestro apreciará su rendimiento y con los padres todo vale. Tendrá una relación con sus compañeros también, tiene que manejar la agresividad y el compañerismo, aprender a relacionarse con el líder, cooperar y competir.

- Desarrollo del juego : Proceso / Actitud / Comportamiento. Se puede clasificar en 4 categorías ;

- Evolutivas
- Fisiológicas
- Psicológicas
- Socio-culturales

- El juego libre está motivado intrínsecamente. En cambio el juego guiado no surge del propio niño.
- Las barreras para el juego libre serían :
 - las limitaciones impuestas por los cuidadores
 - las limitaciones personales y físicas
 - las limitaciones ambientales
 - las limitaciones sociales
- Es importante poder adaptar los juguetes a las limitaciones físicas para adquirir habilidades cognitivas y que pueda jugar libremente.
- El juego terapéutico sería orientar el juego hacia las necesidades del niño.

Lo que motiva al niño es el juego libre, pero el niño nunca va a escoger aquellos que le resulten difícil aunque sea más beneficioso para su desarrollo. El T.O debe darle varias opciones y que escoja libremente.

- Hay que saber si el **comportamiento es normal, disfuncional o patológico** :

Por ejemplo ;

- un niño que hasta los 3 años se hace pis = normal
 - un niño que de 3 a 6 años se hace pis = disfunción
 - un niño que con más de 6 años se hace pis = patológico
- No hay que tener en cuenta situaciones aisladas, la evaluación tiene que ser llevada a cabo en un contexto porque hay factores biopsicosociales que pueden provocar disfunciones en el juego y en comportamiento que normalmente se recuperan espontáneamente y no hay que intervenir. Por ejemplo, un niño de 4 años que tiene un hermanito, y de repente se empieza a hacer pis otra vez y dice que quiere comer papilla – es porque tiene un factor estresante – no le pasa nada y no necesita tratamiento. (sería diferente si hubiera tenido algún trauma como la muerte de algún familiar)

INTERVENCIÓN EN T.O CON LOS NIÑOS

- La **intervención** es el proceso de evaluación, desarrollo de objetivos terapéuticos medibles y la planificación de programas terapéuticos.
- La **evaluación** es la identificación de capacidades y limitaciones.

Hay que hacer un examen aunque la demanda sea psicológica o psiquiátrica hacemos pruebas motoras y visomotoras porque la mayoría de los niños tienen problemas asociados.

- Hay 4 tipos de evaluaciones :

- la observación estructurada
- la entrevista
- las pruebas estandarizadas
- las listas de control o inventarias

PRUEBAS ESTANDARIZADAS

- Bender – Test gestáltico visomotor de Bender. A partir de 7 años. Se le da una hoja, un lápiz y que la

copie igual. Son 8 dibujos y una prueba.

- Test de perfección visual no motor : aquí la persona sólo señala. Indicado para personas con dificultades motrices.
- Frostig
- Escala de Besell – se desarrolla, nos dice si el desarrollo del niño es adecuado
- Test psicomotor
- Fábulas de Duss

TÉCNICAS

- Conductuales
- Cognitivas
- Psicodinámicas

Técnicas conductuales con niños

Sobre todo lo que tiene que ver con el juego y la creación plástica (dibujo : para expresar contenidos internos; modelado...)

Tanto el juego como la creación plástica sería como la asociación libre. A través del juego podemos hacer asociaciones muy certeras sobre lo que está pasando al niño en ese momento.

Hay que tener una serie de materiales : una cosita de muñeca con personajes, animales (salvajes y domésticos), elementos de construcción, títeres/marionetas, vehículos de transporte, algún elemento de cocinitas, elementos estables.

Como pintura, celo, plastilina...elementos para destruir y construir.

PROGRAMAS DE T.O

Los programas terapéuticos deben reflejar actividades que estén presentes en el desarrollo normal (por ejemplo, un niño de 10 años, salir con los amigos, grupos de acampadas...lo normal en su edad cronológica, no mental), recalcar el ocio.

Es importante compaginar en la misma actividad la limitación y la capacidad (que es lo que le va a ayudar), si fuera un programa sólo sobre su limitación estaríamos enfrentándole constantemente a ella.

Programas de :

- juego exploratorio
- juego constructivo
- juego imaginativo
- juegos de mesa
- desarrollo de mesa
- desarrollo de habilidades
- destrezas sociales

TEMA 9 : T.O. EN LA ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

Adolescencia comprendida de los 12 a los 20 años.

Cuenta con 3 períodos : Adolescencia Media

Adolescencia Temprana

Adolescencia Tardía

NÚCLEOS DE CONFLICTOS EN LOS ADOLESCENTES

* Tiple duelo mental ;

· Por los padres de la infancia (la imagen de padres que tenía no es ya la que tiene) se da cuenta de que sus padres tienen fallos y además de revela contra ellos.

· Por la identidad infantil (ya no soy un niño)

· Por el cuerpo infantil (ha sufrido transformaciones muy rápidas en su cuerpo), también las sensaciones sexuales respecto a sus genitales.

* Tendencia a situaciones regresivas y a la actualización de las dificultades internas : quiero ser mayor pero quiero volver a ser un niño. Y situaciones conflictivas vividas en la infancia durante la adolescencia, se vuelven a vivir, a actualizar, a intensificar. (La adolescencia es como una 2ª oportunidad de reelaborar los conflictos que hemos tenido anteriormente)

* Cambios biopsicosociales que fomentan ansiedades y sus correspondientes defensas: cambios sociales – pasan de tener 2–3 amigos a tener un grupo muy extenso (genera ansiedad, líderes, interés por las chicas/os...) surgen también los primeros contactos con las drogas, tabaco, alcohol.

Las defensas que ellos tienen son : aislamiento, hacer lo que hacen los demás para no ser diferente, apartamiento, refugio en los estudios o fracaso escolar...

Cambios psicológicos, sociales y biológicos

* Búsqueda de una nueva identidad : como consecuencia de lo anterior, identidad corporal, psicológica...

Hay que recoger información sobre :

- padres
- instituto
- del propio chaval

También es imprescindible establecer una relación transferencial con el adolescente.

Necesitamos establecer estrategias terapéuticas con los padres (tienen su propio conflicto)

PATOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

(Hopkins, cuadro de la página 505)

* Factores de riesgo en la patología :

MEDIO SOCIAL – Factores físicos

- Hábitos
- Valores

EVALUACIÓN

- Bender
- Test de la figura humana
- Test del hombre, casa y árbol
- Fábulas de Düs (12–14 años)
- Entrevistas (que él describa el día típico de la semana y el fin de la semana para determinar el nivel de función en la socialización, desempeño de tareas, destrezas visomotoras y manejo del tiempo y destrezas de las AVD).
- Evaluación en el hospital, para determinar la interacción con los compañeros y con los adultos. (Hopkins página 515)

DESARROLLO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Áreas con problemas se convierten en el centro de los objetivos y las capacidades se utilizan para facilitar el logro de las metas que deben establecerse en términos medibles (qué, quién, cómo...).

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA LOS ADOLESCENTES

Hacer lo mismo que hace el resto de iguales :

- Talleres de artes y oficios, grupo de cocina (desarrollar AVD's, socialización y cooperación),
- Grupo de destrezas prácticas (rellenar formularios, leer mapas, utilización de transporte público),
- Grupo de destrezas sociales
- Grupo de exploración/desarrollo ocupacional (identificar gustar, aversiones, intereses...con respecto a lo vocacional)

Por último reunión con los padres para sugerir actividades lúdicas y los recursos comunitarios que pueden utilizarse en el hogar y ayudas a los padres para que ayuden a los hijos a estructurar el tiempo y las actividades lúdicas.

SALUD MENTAL : Estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes.

ENFERMEDAD MENTAL :

- Según el DSM IV :

- Diagnóstico clásico, trastornos clínicos. (Trastorno obsesivo compulsivo)
- Diagnósticos de trastorno de la personalidad y de retraso mental (Person. dependiente)
- Otras enfermedades médicas (Diabetes)
- Problemas sociales y medioambientales (Inmigrante, nivel económico)
- Evaluación de la actividad global (Dificultades en realizar actividades)

· Según en C 10 – SISTEMA MULTIAXIAL :

- Eje clínico
- Eje de las discapacidades
- Factores ambientales y estilo de vida

INFORME PSICOPATOLÓGICO

- Orientación (tiempo, espacio y frente a una situación)
- Objetivar los trastornos de pensamiento (en forma y contenido)
- Establecer si hay trastorno del ánimo / emociones
- Ver si hay déficits cognitivos (atención, memoria, concentración)

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Antes de 1985 – enfermos mentales reclusos en manicomios, sin contacto con el exterior

Después de 1985 – movimiento antipsiquiatría – sociedad enferma hace enfermar al individuo

En este año se dio una reforma psiquiátrica : la asistencia psiquiátrica debe trascender la reparación y convertirse en prevenir y reinsertar, integración en la Seguridad Social.

USO DE LA OCUPACIÓN COMO MEDIO TERAPÉUTICO

En el s. XVIII y XIX se esboza la T.O, pero surge a finales del s. XIX (valor de la ocup. como Tº)

En España se empieza a utilizar la T.O en los hospitales psiquiátricos de los Hermanos San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias. La curación de los dementes queda reducida a : asistencia facultativa, piadosa, de alimentos, higiénica, recreación y ocupaciones y disciplina.

APARATO PSÍQUICO

A partir del s. XIX se empieza a dar importancia a la AFECTIVIDAD (núcleo de la personalidad) además de a la memoria, el entendimiento y la voluntad. Se descubre el INCONSCIENTE.

DISTINTOS PUNTOS DE VISTA DE LA PERSONALIDAD

· 1º Tópico : Freud, en la personalidad existe el consciente y el inconsciente

Inconsciente : manifiesta a través de sueños, actos fallidos.

Punto de vista

TÓPICO · 2º Tópico : Freud, ello, yo y superyó = partes básicas de la personalidad.

Consciente e inconsciente = adjetivos

· Energía que desde el punto de vista psíquico disponemos para funcionar.

Punto de vista · EROS = Pulsión de vida

ECONÓMICO · THANATOS = Pulsión de muerte.

Punto de vista · Conflicto que vivimos dentro de cada una de nuestras personas

DINÁMICO · Conflicto – con el exterior

(conflicto) – en el interior de las distintas partes de nuestra personalidad o

– dentro de cada parte de la personalidad (intrainstancias)

INSTANCIAS DEL APARATO PSÍQUICO

Instancias = ELLO, YO, SUPERYO. No hay unidad dentro de las instancias, son autónomas, antagónicas e interdependientes.

ELLO : Es el caos pulsional de difícil acceso.

Función : Brindar la energía psíquica que necesita la persona para vivir.

Se rige por el principio del PLACER.

Finalidad : Descargar la energía pulsional para percibir lo placentero. No conoce bien ni mal.

Doble expresión :

1. INSTINTOS DE LA VIDA : Energía que nos lleva a la UNIÓN (sexual, amor)E. Unitiva=Eros

2. INSTINTOS DE DESTRUCCIÓN : Muerte, destrucción, desunión = thanatos

YO : Función : Percibir la realidad y se adaptarse a ella.

Se rige por el principio de REALIDAD.

Origen :A medida que el ello se pone en contacto con la realidad va estructurando el yo.

SUPERYO : Una vez que nos ha mostrado los ideales a cumplir tiene 2 funciones :

- Alabarnos cuando lo alcanzamos El equilibrio entre estas 2 funciones es el
- Culpabilizarnos cuando no lo alcanzamos SUPERYO SANO

Superyo sano = nos presenta nuestros derechos y los de los demás

Se rige por el principio del DEBER y la ETICA y la MORAL.

Origen : Se estructura a medida que el yo se encuentra con la realidad m/paterna.

Cuando el ELLO se desborda abarca una parte del YO y del SUPERYO = aparecen las PSICOPATÍAS

Cuando el SUPERYO se desborda aparece patologías DEPRESIVAS (culpabilizantes) y OBSESIVAS.

LA PULSIÓN

Pulsión = deseo Necesidad = Instinto

PULSIÓN : Representación psíquica de una fuente de excitación continuamente corriente e intrasomática. Su representación más elaborada es el DESEO.

INSTINTO : Igual pero sin representación psíquica. Su representación + elaborada es NECESIDAD

CARACTERÍSTICAS DE LA PULSIÓN

- FUENTE : Parte orgánica donde tiene origen (boca)
- OBJETO : Realidad a la que tiende para encontrar la satisfacción
- FIN : Tendencia a la descarga (ahí es donde está la satisfacción de la pulsión)
- INTENSIDAD : Nivel de energía pulsional que se pone en juego. (N. de gratificación/frustración)

ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA PULSIÓN

- Vertiente de succión
- ORAL :
- Vertiente sádica o canibalística

En relación con · Fuente de placer con 2 vertientes:

la FUENTE · ANAL · Retentiva : controlar las heces

- Expulsiva : soltar las heces
- GENITAL · Les produce placer tocarse.
- EGOCENTRISTA : En 1º lugar está él mismo

En relación con · NARCISISTA : Soy el rey del mambo (a los 3 años)

El OBJETO · Relación con el objeto HETEROSEXUAL y HOMOSEXUAL (1º le gustan los de su mismo género y luego los del sexo contrario)

ESTANCIAS DEL APARATO PSÍQUICO

CONCIENCIA : Aquello que está aquí y ahora en mi consciencia.

PRECONSCIENTE : Realidad que no está en la consciencia pero puedo traerla fácilmente, (a.fallidos)

INCONSCIENTE : Contenidos psíquicos que no podemos traerlos a la consciencia, no tenemos acceso a ellos, pero tienen otras vías de expresión (fantasías, sueños, deseos...) En los SUEÑOS, hay deseos insatisfechos. El sueño tiene 2 partes :

- Contenido latente : lo que se esconde debajo del manifiesto (lo que quiere decir el sueño)
- Contenido manifiesto : imágenes (a veces tiene que ver con lo vivido en el día)

RASGOS DEL INCONSCIENTE

El inconsciente es DINÁMICO, está cargado de energía, y como el YO lo censura, busca otros caminos, por ejemplo durante el sueño.

Los contenidos del inconsciente están en plena ACTUALIDAD.

Podemos acceder a él con la ASOCIACIÓN LIBRE.

INTEGRACIÓN DE LAS INSTANCIAS Y LAS ESTANCIAS

En un principio es todo ELLO, pero cuando una parte de este se hace consciente, se convierte en YO y en SUPERYO. Consecuencias de ellos podemos tener :

- ELLO MUY RICO O MUY POBRE : Muy reprimido o mucha energía funcional. Se ve en los síntomas
- SUPERYO MUY GRANDE : Mucha culpabilidad por algo insignificante y viceversa.
- YO hace cosas que QUIERE y no QUIERE al mismo tiempo. Otras veces QUIERE Y NO PUEDE.

EL INCONSCIENTE Y LA TERAPIA

T.O tiene que ser consciente con el NIVEL DE CONCIENCIA del pc. Si el T.O es dueño de su inconsciente, podrá ayudar al pc.

Los inconscientes dialogan entre si, más allá de las palabras, con gestos, aptitudes, signos, miradas, madre-hijo.

MECANISMOS DE DEFENSA

Si la pulsión no se manifiesta = frustración pulsional = ENFERMEDAD

LA PULSIÓN TIENDE A DESCARGARSE, XQ ES EL ELLO, Y NO ENTIENDE DEL BIEN Y EL MAL.

Los mecanismos de defensa surgen del YO.

Mecanismos de defensa = Técnicas de las que se sirve el YO para superar el conflicto psíquico.

- NEGACIÓN : Negar la realidad (No puede ser)
- ESCISIÓN : División de objetos en buenos y malos

Mecanismos · PROYECCIÓN : Desplazamiento al exterior de contenidos

de defensa inconscientes e intolerables.

PSICÓTICOS · VUELTA CONTRA SI MISMO : Dirección de la agresividad contra si

· REGRESIÓN : Ante una fuerte frustración, retrocede a etapas

evolutivas ya superadas.

· TRANSFORMACIÓN EN SU CONTRARIO : Cambio de amor a odio. Vic

· REPRESIÓN : Exclusión de la conciencia de contenidos psíquicos intole

Mecanismos · NEGACIÓN : Aceptación de un contenido intolerable mediante la

De defensa negación de la paternidad del mismo. Se formulan planteamientos pero

NEURÓTICOS se defienden negándolos.

(reacciones muy · ANULACIÓN RETROACTIVA : Dar por no existidos, deseos,

exageradas ante actos...que resultan intolerables. Pasar borrador.

situaciones · AISLAMIENTO : Separación de diversos contenidos psíquicos para

cotidianas) evitar la elevación de la angustia.

· RACIONALIZACIÓN : Intento de dar una explicación coherente a una

actitud cuyos motivos verdaderos no son tolerables. No hijos, muchos y

· REPARACIÓN : Intento de reparar sana o patológicamente una

relación real o fantasmáticamente deteriorada.

Mecanismos de · IDENTIFICACIÓN : Asimilación inconsciente de rasgos de otros.

DEFENSA – SUPERACIÓN · IDEALIZACIÓN : Elevación fantasmática a la perfección de

personas/cosas que nos rodean.

· FORMACIÓN REACTIVA : Intensificación de una tendencia de signo

contrario a la que nos parece intolerable. Hacemos algo, no por

altruismo, sino por tapar algo.

· RENUNCIA A LA PULSIÓN : Rechazo consciente de una pulsión

inconveniente. Nos roban, yo le mataría, pero no.

Mecanismos de · DESPRENDIMIENTO : Mecanismo que se da al final de la cura.

SUPERACIÓN Resolución del conflicto defensivo.

· INHIBICIÓN EN CUANTO AL FIN : Transformación en ternura o autoafirmación personal de tendencias de origen sexual o agresivo respectivamente.

· SUBLIMACIÓN : Transformación en actividades culturales, científicas, estéticas o religiosas de energía positiva originariamente sexual o agresiva.

ENFOQUE CONDUCTUAL DEL TRATAMIENTO

Lo + importante es la DESENSIBILIZACIÓN y la ASERTIVIDAD.

Las conductas inadaptadas son adquiridas a través del aprendizaje, por el paradigma operante, por el paradigma del condicionamiento clásico o por el moldeamiento.

PARADIGMA OPERANTE O CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

En presencia de un estímulo particular se ejecuta una respuesta que es reforzada. En un futuro en presencia de ese mismo estímulo discriminatorio, la respuesta tendrá más posibilidades de ser repetida. La respuesta acabará por extinguirse por ausencia de recompensa.

Los castigos pueden ser : estímulo aversivo o eliminación de un refuerzo positivo.

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO DE PAULOV

E.I (soplo) R.I (parpadeo)

E.C (tono) + E.I R.I

E.C R.C (parpadeo)

MOLDEAMIENTO O MOLDEADO

· Cualquier conducta que se asemeje a la deseada es resompensada inicialmente

· Terapia de Conducta : el aprendizaje es efectivo en el cambio de conductas inadaptadas

· Establecer unos objetivos específicos y bien definidos. La mejoría puede ser OPERACIONALIZADA (medida fácilmente)

SECUENCIA DE PASOS EN LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

· El objetivo final debe ser observable y cuantificable.

- *Determinar la frecuencia del tratamiento*
- *Diseñar una forma de recogida de datos*
- *Seleccionar un reforzador*
- *Determinar un plan de refuerzos (inmediato, intermitente...)*
- *Esquematizar los datos.*

INDICACIONES DE LA TERAPIA DE CONDUCTA (recomendaciones)

- *Tener pacientes motivados, que no hayan fracasado en este tipo de T° antes.*
- *Que padezcan un trastorno que requiera intervención práctica*
- *Preferibles los trastornos en los que el condicionamiento operante (refuerzos – y +) sean efectivos por su rápida acción. Ej : trastornos de la alimentación*

CONTRAINDICACIONES PARA LA TERAPIA DE CONDUCTA

- *Pacientes poco motivados, con actitud pasiva. Depresivos colaboran. Psicópatas no.*
- *Trastorno de personalidad, el apoyo deberá ser a mas largo plazo*
- *Problemas de pareja. Bebido – mujer se enfada – bebido – mujer se enfada...*

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN LA TERAPIA DE CONDUCTA

TÉCNICAS BASADAS EN EL CONTROL DEL ESTÍMULO

- *Desensibilización sistemática : aprox. gradual a la situación temida (factor estresante)*
- *Extinción graduada de la conducta inapropiada*
- *Refuerzos positivos y negativos*
- *Técnicas de reducción de ansiedad*
- *Inundación : enfrentar al pc al factor estresante con la mayor intensidad y tiempo alargado*
- *Intención paradójica : decirle al paciente lo contrario, sólo si se conoce muy bien al paciente*

TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONSECUENCIA

- *Refuerzo contingente a la reacción = positivo y negativo*
- *Economía de fichas*
- *Tiempo fuera de reforzamiento positivo*

TÉCNICAS DE MODELADO

- Aprendizaje a través de un modelo en vivo
- Aprendizaje encubierto a partir de un modelo

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

- AUTOOBSERVACIÓN : Enseñar al pc a distinguir las cogniciones de las conductas y las emociones
- CONTROL DE ESTÍMULOS : Presentar indicios de la conducta deseada u otra alternativa. Al Light
- CONTROL DE CONTINGENCIAS (1) : Contrato formal en que las dos partes se comprometen y si no se cumple se penaliza.
- CONTROL DE CONTINGENCIAS (2) : Configurar los estímulos para facilitar la emisión de la conducta deseada.

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TRATAMIENTO

Las Terapias Cognitivo – Conductuales integran dos enfoques :

- * TERAPIAS COGNITIVAS SEMÁNTICAS : Modificar los patrones erróneos de pensamiento

Focalizan su atención en el CONTENIDO IDEACIONAL DEL SÍNTOMA. (Soy una mierda –depresión)

Tal como pienses te sentirás. Kelly, Ellis y Beck

- * TERAPIA RACIONAL EMOTIVA : El sufrimiento es debido a las CREENCIAS IRRACIONALES. El mundo está muy mal, no amigos, no inversiones...

CONCEPTOS Y PRINCIPIOS TEÓRICOS DE EL ENFOQUE COGNITIVO – CONDUCTUAL

Se intentan integrar las Terapias Cognitivas Semánticas y las Racionales.

Modelo conceptual del cambio de conducta :

- Autoobservación y recogida de datos
- Desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con los anteriores en
- Conducta Manifiesta
- Capacidad Autorregulativa
- Estructuras Cognitivas
- Envuelve las cogniciones del paciente respecto al cambio, para que se atribuya a si mismo los cambios y prevea recaídas y las evite.

Características de las estrategias y técnicas : Son activas, de tiempo limitado y muy estructuradas.

Se aplican tanto a nivel individual como en grupo, en prevención y en Tº, en niños y en adultos.

TÉCNICAS COGNITIVAS

- * TERAPIA COGNITIVA DE BECK : Aplicada sobre todo al TRAST. DEPRESIVO (excepto psicótica)

Las cogniciones distorsionadas no son producto de la depresión, sino una causa.

Las cogniciones distorsionadas negativas y aptitudes inadecuadas fomentan la depresión = Recaídas.

En la mente del depresivo existe una triada :

- *Visión negativa (de si mismo, del mundo y del futuro)*
- *Patrones cognitivos estables (tengo que caer bien)*
- *Distorsiones cognitivas en la percepción de acontecimientos*

El Tº de Beck tiene 2 fases :

· *Análisis de la sintomatología*

FASE · Evaluación de la intensidad de la depresión

DIAGNÓSTICA · *Orientación : explicarle el Tº al paciente*

· *Especificación de problemas*

· *Análisis funcional de la conducta (autorregistro)*

FASE · Soluciones de pensamiento alternativo (relajación, HH.SS...) TERAPÉUTICA · Experimentación personal (probar otras estrategias de pensamiento)

· *Graduación de la intervención terapéutica (cada vez menos ayuda del T.O)*

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA : *Los trast. emocionales son fruto de creencias irracionales que hay que modificar. Las creencias irracionales son : hay que caer bien a todos...*

Las etapas de Ellis plantean el sistema A,B,C,D :

- *Situación o acontecimiento activador*
- *Autoverbalizaciones producidas por la situación*
- *Consecuencias, emociones y conducta resultado de B*
- *Disputa, intervención terapéutica en que se discute la lógica de las creencias*
- *Resultado al que se llega al emplear creencias más lógicas*

Por ejemplo, si a Alfredo, su jefe le dice que ha hecho algo mal hay dos opciones :

1, si Alfredo está sano, lo corrige y ya está

2, si Alfredo no lo está, lo generaliza y piensa que todo lo hace mal, que no sirve para nada, esto es una SOBREGENERALIZACIÓN VERBALIZADA.

El T.O tiene que tratar de modificar los pensamientos mentales falsos por otros más falsos utilizando la PERSUASIÓN VERBAL. Es un método más científico y relevante que el de Beck. Ellis se centra más la personalidad del T.O y Beck se centra en la propia técnica, no depende tanto del Terapeuta como Ellis.

** AUTOINSTRUCCIONES DE MEICHEMBAUM :*

· *INSTRUCCIONES DE VERBALIZACIONES INTERNAS : que sean adecuadas y permitan el enfrentamiento a una determinada tarea o acontecimiento.*

· **GENERALIZACIÓN DEL ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES** : Utilizada en niños hiperactivos. La dificultad no está en que el niño realice las verbalizaciones internas, sino en que contenga el impulso de levantarse.

Mentalmente no se registran las verbalizaciones negativas.

*** TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS :**

- Especificar el problema (el + importante)
- Perfilar y reclasificar el problema
- Buscar alternativas y seleccionar estrategias
- Describir y valorar las consecuencias negativas y positivas
- Escoger la alternativa mejor valorada y los pasos para llevarla a cabo.
- Evaluar los resultados

Hay que especificar muy bien el problema, no nos vale no me encuentro bien, específico sería, cada vez que me lo encuentro, salgo corriendo.

EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES DE LAS TÉCNICAS COGNITIVAS

Estas técnicas son más efectivas que el no tratamiento. Se han utilizado para depresión, ansiedad, problemas de afectividad, dolores de cabeza, fobias...

TEMA 10 : T.O EN ADULTOS

PSICOSIS = Pérdida de contacto con la realidad

Hay que tener en cuenta el momento de la enfermedad en que se encuentra.

- Comienzo – Dar seguridad. Estar firmes, no debemos dar a elegir ya que la persona tiene ambivalencia (no puede decir).

Debemos ser contenedor de su angustia.

Actividades rutinarias, que no supongan mucho esfuerzo intelectual pero que sean inteligentes. Dependen de la edad, rango social...

- Brote – Evaluar autolesión o lesión a otros. A veces se recurre a contención mecánica (agarrar, atarle), farmacológica o verbal.
- Sensación de vacío debido a la agitación y a los fármacos. El T.O debe activar al paciente de una manera creciente hacia la motivación por las cosas.

Actividades simples : Marcar bien los límites ya que es un periodo de confusión. (No es igual. Yo soy terapeuta – tú eres el paciente)

- Remisión – Focalizar nuestra labor en el aprendizaje de habilidades sociales, evaluando y actuando sobre su desempeño funcional.
- Cronificación – Mantener al paciente integrado grupalmente, tiende a aislarse. Por ejemplo, grupos de ocio, grupos de autoayuda, trabajo con familias...

La intervención siempre está condicionada por :

- la edad
- el sexo
- el nivel cultural

DEPRESIÓN

Presenta una gran ambivalencia que crispa y frustra al que intenta ayudar (contraposición de sentimientos)

Fases :

- Varias semanas de duración. Permitir cierta regresión (si quiere dormir mucho, si quiere pasear... pero mantener unos mínimos ; alimentación, higiene, medicación...

Este tiempo es el que tarda en hacer efecto la medicación (2-3 semanas) aunque los efectos secundarios sí son inmediatos,

- Tras la efectividad del medicamento hay más riesgo de suicidio ya que aumenta su fuerza y ésta la emplea en él. Sólo mejora su fuerza, sigue habiendo riesgo.

Las peores horas son entre las 3 y las 8 de la mañana, es la etapa más crítica.

Actividades ; Movilizarle y activarle cognitiva y motrizmente.

Ejemplo, leer el periódico, actividades manuales, paseo, aprovechar la tarde en actividades sociales...

- Tras un mes, mes y medio las expectativas habrán mejorado. Podemos trabajar la atención, la memoria, la concentración y también la actividad física de forma más intensa.
- Tras mes y medio, dos meses, comienzan los planes de futuro y la preparación para la actividad laboral. El paciente estará mejor. Planteamos el alta.
- Al 3º mes, hay una normalización progresiva hasta que le damos el alta.

Que le demos o no el alta depende de ;

- los antecedentes
- el apoyo familiar y social
- asociaciones a otras patologías psiquiátricas

MANIA

Difícil tratamiento debido al carácter hiperactivo (agitación, desasosiego, verborrea...)

El T.O debe tener calma, entonar a la baja, contener la hiperactividad del paciente.

Debemos poner unos límites claros e innegociables. Se va a tener que recurrir a la sedación y a la sujeción mecánica.

Debemos tener cuidado de que no degenere en depresión (por tener que hacer frente a deudas creadas por la enfermedad, descontrol verbal)

Para llegar a la normalidad tendremos que recuperar los ritmos laborales, estructurando el tiempo de ocio, realización ordenada de tareas intelectuales y el reconocimiento y elaboración de la fase maníaca.

NEUROSIS = Reacciones exageradas ante situaciones cotidianas

Los neuróticos no son fáciles de tratar por lo que no hay pauta concreta en el tratamiento. Se pueden tener estas consideraciones :

- No mezclar papeles
- Marcar límites
- Planificar y estructurar el trabajo
- No permitir chantajes afectivos

Sobre todo en las primeras sesiones, que es cuando se establecen las pautas. Una vez las bases están asentadas, las posibilidades del tratamiento son buenas si se marcan los objetivos a corto y a largo plazo.

Neurosis de ansiedad : Indicadores – técnicas de control de la ansiedad (relajació), técnicas de control des estrés, técnicas de estimulación vestibular (juegos de roles...)

Neurosis obsesiva : Trastorno obsesivo compulsivo, evitar tareas muy rutinarias e introducir tareas donde se aglutinen elementos muy diversos (encuadernación), dado que este tipo de pacientes tiende al aislamiento = mejorar socialización.

Neurosis histérica : (trastornos somatoformes y disociativos), evitar la manipulación, los chantajes. Ayudar a integrar los niveles emocionales con la realidad.

Técnicas :

- expresivas verbalizadas
- psicodrama
- juego de roles