



Mi Universidad

SUPER NOTA

Nombre del alumno: Marcela Pulido Tovar

Nombre del tema: Unidad III

Módulo: I

Nombre de la Materia: Supervisión de Casos Clínicos

Nombre del profesor: Paola Jaqueline Albarrán Santos

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Cuatrimestre: 9

Terapia somática

Nos ayuda a comprender y a favorecer una correcta armonía entre cuerpo, mente y emociones

Se aplica con efectividad en problemas de ansiedad, estrés, depresión, en las adicciones e incluso para favorecer una mejor calidad de vida en personas con dolor crónico. Si nos preguntamos ahora por la efectividad de la terapia somática cabe decir que disponemos de abundante documentación científica

Objetivo Es facilitar una homeostasis

Las emociones complejas lejos de disolverse con el tiempo, se somatizan en nuestro organismo. Y lo hacen en forma de problemas digestivos, desequilibrios hormonales, en el sistema inmunitario, en dolores musculares, cefaleas, alergias

En las sesiones de terapia somática se facilita y se ofrecen herramientas para que el paciente pueda detectar cada sensación que acontece en su cuerpo



Terapia de la depresión

Postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión



1. **La tríada cognitiva** consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. Primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, segundo se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, y tercero se centra en la visión negativa acerca del futuro

2. Los esquemas

3. Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

El modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”.

Unidad 3

Terapia de la manía

El trastorno bipolar es un trastorno crónico e incapacitante para muchas personas

Su abordaje ha sido clásicamente farmacológico (lito), aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos psicológicos permite una mayor mejoría en estas personas. Se analizan los estudios existentes con los distintos tratamientos psicológicos que se han utilizado: psicoeducación y programas para mejorar la adherencia a la medicación, terapia marital y familiar, terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal y del ritmo social y los tratamientos de los pacientes bipolares que tienen asociado un trastorno de abuso de sustancias. Los tres primeros tratamientos son eficaces y se pueden considerar tratamientos bien establecidos; el último de ellos puede considerarse en fase experimental por no haber suficiente evidencia de su eficacia a pesar de sus positivos iniciales resultados. Otras terapias no han mostrado su eficacia en este trastorno.

La manía, sólo aparece significativa la puntuación previa en la escala de manía sobre las puntuaciones de manía en el seguimiento, no resultando en cambio predictores ni el tiempo de evaluación, eventos vitales, apoyo social ni la interacción de los eventos vitales y el apoyo social. Esto sugiere que esos factores de riesgo psicológico son potentes predictores de la depresión, pero no predicen la manía a lo largo del tiempo. Por tanto, este estudio sugiere que los individuos con alto apoyo social se recuperan más rápidamente de los episodios del estado de ánimo y son menos vulnerables para el incremento de depresión a lo largo del tiempo.

Terapia de la psicosis

Presupuestos básicos en la terapia cognitiva de la psicosis

1. Comprender el modo de vida de las personas con psicosis como una forma de afrontamiento de la enfermedad puede ser de gran utilidad:

-Prestando atención a los síntomas psicóticos resistentes a la medicación.

-Prestando atención a las alteraciones emocionales.

-Empleando tácticas cognitivo conductuales en el manejo del riesgo de recaída y discapacidad social.

2. La psicosis es experimentada por los pacientes como pensamientos y sentimientos alterados, no necesariamente tienen por qué ser útiles las explicaciones desde el modelo de enfermedad.

3. En la formación de los síntomas psicóticos pueden estar implicados procesos psicológicos diversos, siendo necesario hacer un análisis altamente individualizado

Fowler considera necesaria para este objetivo la siguiente adaptación de las técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual para su uso en los trastornos psicóticos:

1. Tener en cuenta la gravedad de los problemas de las personas con psicosis.

2. Considerar los problemas asociados a la heterogeneidad de los trastornos psicóticos.

3. No perder de vista los problemas clínicos asociados a la presencia de déficit cognitivos.

4. Contar con la presencia de problemas clínicos asociados a la elevada sensibilidad emocional de las personas que experimentan psicosis.

5. Afrontar los problemas clínicos asociados a la falta de confianza del paciente hacia el terapeuta y a la presencia de posibles malas interpretaciones del terapeuta y de sus intervenciones.

6. Asumir la probable presencia de problemas asociados a ideas delirantes fuertemente sostenidas.

Se proponen también los siguientes cambios de la terapia cognitivoconductual para su aplicación a la psicosis:

1. Enfatizar la instauración de una relación estable con el paciente, y facilitarla y mantenerla activa.

2. Considerar un proceso de evaluación más extenso y duradero para poder identificar y formular los problemas.

3. Considerar la utilización de métodos de análisis de la sesión y de sostenimiento, que normalmente se asocian a enfoques psicodinámicos para mantener la activación emocional dentro de límites tolerables.

4. Moderar las expectativas terapéuticas de acuerdo a la probable presencia de deficiencias subyacentes de comprensión y procesamiento de la información.

Fases que incluye el proceso de intervención, de acuerdo al modelo propuesto por Fowler, Garety y Kuipers:

1. Contacto y evaluación.

2. Utilización de estrategias de manejo cognitivoconductuales para afrontar los síntomas psicóticos.

3. Formulación de un nuevo modelo del trastorno psicótico.

4. Estrategias cognitivas para el manejo de creencias irracionales y creencias alucinatorias.

5. Terapia cognitiva para asunciones disfuncionales sobre uno mismo.

6. Estrategias para el manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social