

Manual de Laboratorio TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA



**Elaborado por:
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
Licenciada Lesbia Janeth García
Décimo Semestre**

Introducción

El desarrollo efectivo en psicología clínica y la salud mental, hace necesario la comprensión de una gama de herramientas las cuales son imprescindibles para todos los profesionales inmersos dentro del que hacer de la psicología.

En todas las técnicas de intervención psicológica se toma en cuenta las características de la persona, como del medio, lo que se pretende es que la persona se adapte a su entorno social, familiar, laboral y se adapte a su vida cotidiana, pero con el uso de las herramientas para que pueda manejar los conflictos diarios con asertividad.

Propósitos de las técnicas

Todas las técnicas que se plantean son con el fin de fomentar:

- a. Sistemas participativos
- b. Fortalecer vínculos sociales
- c. Facilitar formación académica y personal
- d. Mejorar clima académico y personal a través de trabajo en equipo
- e. Mejorar relaciones psicosociales con compañeros y docentes
- f. Aumentar dependencia y autonomía a través de autocontrol
- g. Fomentar la comunicación, colaboración, seguridad
- h. Aumentar la autoestima

Es importante tomar en cuenta durante la aplicación de técnicas los siguientes aspectos: auto-registros, descubrimiento guiado y tareas para casa.

Se ha diseñado el presente manual con el fin de que el estudiante tenga una participación activa, interactiva y dinámica, de tal forma que pueda adquirir más conocimiento práctico, aplicando conocimientos teóricos con la intención de ser incluidos en el proceso de evaluación psicológica.

Objetivos

- Obtener conocimiento para realizar todas las fases de las intervenciones con los pacientes.
- Realizar entrevistas con mucha habilidad para obtener la mayor cantidad de información.

Campo de aplicación

El presente manual está dirigido a los estudiantes que tengan asignado el curso de **Técnicas de Psicoterapia, código** CB056 y que pertenezcan a la carrera de **Psicología**.

Medidas de bioseguridad para la prevención de contagios y mitigación de la propagación del COVID-19

Para el ingreso y permanencia en el Laboratorio de Universidad Rural de Guatemala los docentes y estudiantes deberán cumplir con las siguientes medidas presentadas por el Gobierno de la República de Guatemala para prevenir el contagio y contribuir a la mitigación de la propagación del COVID-19:

- Utilizar de forma permanente y correcta mascarilla, tomar en cuenta:
 - Manera correcta de colocarse la mascarilla
 - Lavarse las manos antes de ponerse la mascarilla y también antes y después de quitársela.
 - Asegúrese de que le cubra la nariz, la boca y el mentón.
 - Tipo de mascarilla
 - Mascarillas quirúrgicas (de preferencia si es mayor de 60 años o tiene enfermedades preexistentes).
 - Mascarillas auto filtrantes (entre ellas las FFP2, FFP3, N95, N99) se deben adecuar para asegurar el uso de la talla correcta.
- Utilizar careta de forma permanente y correcta.
- Guarde al menos un metro y medio de distancia entre usted y otras personas, a fin de reducir el riesgo de infección cuando otros tosan, estornuden o hablen.
- Lávese periódica y cuidadosamente las manos con agua y jabón o con un gel hidroalcohólico, esto elimina los gérmenes que pudieran estar en sus manos, incluidos los virus.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca. Las manos tocan muchas superficies en las que podrían coger el virus. Una vez contaminadas, pueden transportar el virus a los ojos, la nariz o la boca, desde allí el virus puede entrar en el organismo e infectarlo.
- Limpie y desinfecte frecuentemente las superficies, en particular las que se tocan con regularidad, por ejemplo, picaportes, grifos y pantallas de teléfonos.

Instrucciones para la práctica

- Para ingresar al laboratorio deberá:
 - Presentarse puntualmente a la hora de inicio de ya que en ese momento se cerrará la puerta.
 - No se autorizará ni permitirá la entrada de niños, mascotas, animales y comida en las zonas de trabajo.
- Deberá presentar el manual de laboratorio de forma física e individual, todos los días.
- Deberá contar con los implementos de seguridad:
 - Mascarilla, careta, gel hidroalcohólico.
 - Ropa adecuada.
 - Papel mayordomo para limpieza.
- Deberá contar con los conocimientos adecuados:
 - Conocer la teoría de la práctica a realizar.
 - Participación activa en todo momento de la práctica.
- Actitud durante el laboratorio:
 - Su actitud y vocabulario debe demostrar respeto hacia los catedráticos y compañeros.
 - Buena presentación: Su imagen debe proyectar una apariencia profesional, de acuerdo con la práctica a realizar.
 - El salón se debe mantener ordenado, limpio y libre de materiales no relacionados con el trabajo.
 - No se permitirá el uso de teléfono celular dentro del laboratorio, visitas durante la realización de la práctica, hablar a través de las ventanas o salirse sin previo aviso.
 - Se prohíbe terminantemente comer, beber, fumar o masticar chicle durante la práctica.
- La falta a cualquiera de los incisos anteriores será motivo de una inasistencia.

Reporte de la Práctica

Las secciones de las cuales consta un reporte, el punteo de cada una y el orden en el cual deben aparecer son las siguientes:

- a. Carátula..... 0 puntos
- b. Habilidad para entrevistar 25 puntos
- c. Realización de diagnóstico 25 puntos
- d. Aplicación de la terapia..... 50 puntos
- e. Total 100 puntos

Por cada falta de ortografía o error gramatical, se descontará un punto sobre cien, todas las mayúsculas se deben de tildar. Es importante dirigirse al lector de una manera impersonal, de manera que expresiones tales como “obtuvimos”, “hicimos”, “observé”, serán sancionadas. Si se encuentran dos reportes parcial o totalmente parecidos se anularán automáticamente dichos reportes.

a. RESUMEN:

Con base a la teoría del procedimiento terapéutico, iniciando con la entrevista la cual implica en el campo de salud mental pedirle al paciente que nos revele algo de sus emociones y su vida personal y la práctica nos enseña a saber qué preguntar y como dirigir la conversación para obtener la información necesaria para ayudar a paciente de la mejor manera posible. Lo anterior ayuda a reconocer signos ya que los síntomas los dirá el paciente. El estudiante debe ser capaz de ver cada paciente desde las perspectivas biológica, dinámica, social y conductual, esto con el fin de realizar un análisis conductual ya enmarcados éstos resultados se puede elegir el tratamiento apropiado para la conducta a corregir.

b. OBJETIVOS:

- Aplicar de forma correcta el tratamiento psicológico o psicoterapia.
- Poseer habilidades para realizar un análisis conductual y diagnóstico para elegir la terapia y así ver con eficacia el resultado del tratamiento psicológico elegido.
- Cumplir con los objetivos de las terapias: estructuración, creación de la alianza terapéutica, desarrollo de compromiso para el cambio para el paciente,

negociación del tratamiento, ejecución del tratamiento, mantener motivación, monitoreo de los avances, saber concluir el tratamiento.

c RESULTADOS: Al finalizar la práctica.

d CONCLUSIONES:

- El estudiante aplicará de forma profesional el tratamiento estipulado en cada evaluación psicológica, con base a la teoría y práctica presentada.
- Solamente la práctica le dará esa experiencia al estudiante para que pueda satisfactoriamente concluir los casos psicológicos que se le presenten a futuro.
- Podrá realizar sus psicoterapias con base a la teoría y conocimiento de cada uno de los modelos que nos presenta la psicología: Conductual cognitiva, humanista, centrada en la persona entre otras.

e BIBLIOGRAFIA

Butcher, James N, Mineka, Susan, Hooley Jill M. Psicología Clínica. Pearson. 12ª. Edición Education S.A. 2007

Oblitas, Guadalupe Luis. Cómo Hacer Psicoterapia Exitosa Psicom Editores. 2004

Feldman, Robert S. Psicología con Aplicaciones de América Latina 12ª edición. 2017

DETALLES FÍSICOS DEL REPORTE

- El reporte debe presentarse en hojas de papel bond tamaño carta.
- Cada sección descrita anteriormente, debe estar debidamente identificada y en el orden establecido.
- Todas las partes del reporte deben estar escritas a mano **CON LETRA CLARA Y LEGIBLE.**
- Se deben utilizar ambos lados de la hoja.
- No debe traer folder ni gancho, simplemente engrapado.

IMPORTANTE:

Los reportes se entregarán en físico, al terminar el laboratorio y servirá para marcar la asistencia a la práctica.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Día	Fecha	HORARIO	Práctica No.	Nombre de la Práctica
Sábado		13:00 a 15:00	1	Entrevista psicológica
Sábado		15:30 a 17:45	2	Proceso terapéutico
Domingo		13:00 a 15:00	3	Estudio de caso y aplicación de terapia
Domingo		15:30 a 17:45	4	Estudio de caso y aplicación de terapia

Material Personal Necesario Para la Realización de las Prácticas

1. Vestuario adecuado a la práctica
2. Mascarilla
3. Careta
4. Alcohol
5. Papel mayordomo

Material Necesario Para la Realización de las Prácticas

Práctica No.	Materiales Individuales
1	DSM 5
2	DSM 5
3	DSM 5
4	DSM 5

PRÁCTICA No. 01 - 04

NOMBRE: TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA

Antecedentes:

El objetivo primordial del laboratorio de práctica es el aprendizaje teórico - práctico de los estudiantes, con base a los contenidos previstos en el programa, uso apropiado de los mentales gama de terapias como: Cognitivo – conductual, Gestalt, Humanista, entre otras. Con base al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), el estudiante podrá apoyarse, guiarse para diagnosticar y poder aplicar la técnica que mejor se acople al análisis de la evaluación psicológica.

Objetivos

- Identificar . los datos con relevancia diagnóstica..
- Reconocer los criterios del DSM 5, con los casos clínicos, para poder aplicar el tratamiento adecuado al paciente que llega a consulta.
- Elaborar. informe respectivo de la terapia aplicada con base teórica y procedimientos terapéuticos que aplicará.

Material Necesario Para la Realización de las Prácticas

Práctica No.	Materiales Individuales
1	DSM 5
2	DSM 5
3	DSM 5
4	DSM 5

Métodos:

- Dramatización

- Casos de estudio

Procedimiento

El estudiante del laboratorio de práctica de psicoterapia, debe participar en las actividades que se realizarán para desarrollar sus habilidades y aplicar en forma eficiente sus tratamientos psicológicos así como la realización de los informes respectivos.

MARCOTEÓRICO

TERAPIA DE CONDUCTA

La terapia de conducta supone un tratamiento directo y activo que reconoce la primacía de la conducta, el papel del aprendizaje y la importancia de la evaluación.

En lugar de centrarse sobre la posible existencia de acontecimientos traumáticos pasados, o de conflictos internos, los terapeutas de la conducta se centran en el problema actual —el problema o síntoma— que está provocando el malestar del paciente. La principal suposición de la terapia de conducta es que la conducta patológica se adquiere de la misma manera que la conducta normal —esto es, mediante el aprendizaje—. Así pues se han desarrollado diversas técnicas conductuales para ayudar a los pacientes a «desaprender» conductas inadaptadas, por uno u otro medio.

TERAPIA AVERSIVA.

La terapia aversiva consiste en modificar la conducta indeseable mediante el anticuado método del castigo. Probablemente los estímulos aversivos más habituales en la actualidad sean fármacos de efectos desagradables, como puede ser el Antabuse, que provoca náuseas y vómitos cuando se ingiere junto con el alcohol. En otra variante, se instruye al paciente a colocarse un elástico en la muñeca y utilizarlo para infligirse dolor cuando aparece la tentación. En el pasado, también se empleaban descargas eléctricas dolorosas que se asociaban con la conducta indeseable, una práctica que sin duda contribuyó a la «imagen negativa» de la terapia aversiva entre el público. La terapia aversiva se ha utilizado en el tratamiento de una amplia gama de conductas inadaptadas, como puede ser fumar,

beber, comer en exceso, dependencia de los fármacos, ludopatía, desviaciones sexuales y conducta psicótica estrafalaria.

Otra variante de la terapia aversiva, denominada sensibilización encubierta o vicaria, intenta inducir sentimientos desagradables como disgusto o temor, asociándolos con los estímulos tentadores, mediante un proceso de condicionamiento clásico (Maletsky, 1998). Por ejemplo, Weinrot y Riggan (1996) describen un procedimiento en el que acosadores sexuales adolescentes veían películas especiales, que representaban de manera muy gráfica y explícita las consecuencias de realizar conductas desviadas, como por ejemplo ser violado en la prisión, o rechazado por los compañeros del sexo opuesto al enterarse de la agresión. Se ha informado que muchos de estos agresores llegaban a sentir náuseas mientras observaban esos vídeos.

La terapia aversiva es fundamentalmente una manera —en ocasiones tremendamente eficaz— de eliminar respuestas inadaptadas durante un breve periodo de tiempo. Esta interrupción ofrece la oportunidad para sustituir urgentemente esa conducta por otra nueva, o conseguir cambios en el estilo de vida, promoviendo pautas alternativas más adaptadas que sean reforzantes en sí mismas. De lo contrario, el paciente podría limitarse a no dar esas respuestas inadaptadas en la situación de terapia, donde pueden provocar resultados aversivos, pero continuar realizándolas en la vida real, donde no hay riesgo de que tengan consecuencias negativas. Además, hay muy poca probabilidad de que una conducta inadaptada pero gratificante pueda abandonarse permanentemente, a menos que se aprendan formas alternativas de gratificación.

Un terapeuta que piense que es posible quitar algo sin poner otra cosa en su lugar, probablemente no obtendrá los resultados deseados. Esto es un punto importante a tener en cuenta para el tratamiento de las adicciones y parafilias, que con frecuencia no se sigue adecuadamente en programas de tratamiento, que por lo demás están muy bien diseñados.

MODELADO.

Como su propio nombre indica, el modelado consiste en aprender una serie de habilidades, imitando a otra persona, como puede ser el padre o el terapeuta, que realiza la conducta que debe adquirirse. Es posible exponer a un niño a una serie de conductas realizadas por compañeros suyos que colaboran con el terapeuta, y animarle a imitar y a practicar esas nuevas conductas. Por ejemplo, puede utilizarse para promover el aprendizaje de habilidades sencillas, como comer por sí mismo, o de habilidades más complicadas, como enseñar a un adolescente tímido a comportarse de manera adecuada en situaciones sociales.

De manera particular, es posible enseñar a los niños a adoptar decisiones eficaces y a solucionar problemas, «pensando en voz alta» sobre una serie de decisiones cotidianas que se van presentando a lo largo de la terapia (Kendall, 1990; Kendall y Braswell, 1985). El modelado y la imitación son elementos que forman parte de

diversos tipos de terapia de conducta, pero también de otros tipos de terapia. Por ejemplo, en un estudio ya clásico, Bandura (1964) encontró que el modelado en vivo de la valentía, combinado con instrucciones exposición guiada, era el tratamiento más eficaz para la fobia a las serpientes, que tenía una tasa de éxito superior al noventa por ciento.

LA UTILIZACIÓN SISTEMÁTICA DEL REFORZAMIENTO.

Los programas sistemáticos que han utilizado el reforzamiento para suprimir conductas indeseables o para provocar y mantener conductas apropiadas han alcanzado un éxito notable, sobre todo, aunque no exclusivamente, en contextos institucionales. La supresión de la conducta problemática puede ser algo tan sencillo como eliminar todos los reforzamientos que la sustentan suponiendo, por supuesto, que sea posible identificarlos. A veces esto es relativamente sencillo, como se observa en el siguiente caso. Pero otras veces puede requerir un cuidado meticuloso y una observación muy detallada.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN.

Una terapia de conducta muy frecuentemente utilizada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad es la exposición (véase el Capítulo 6). Si la ansiedad es algo que se aprende, entonces, desde la perspectiva de la terapia de conducta, también puede desaprenderse. Esto se consigue mediante una exposición controlada a los estímulos que provocan la ansiedad. Durante la terapia de exposición, el paciente se enfrenta con el estímulo que le produce el temor, pero de una manera terapéutica. Esto puede lograrse de una manera muy lenta, gradual y controlada, mediante la desensibilización sistemática, o de una manera más brusca mediante la inmersión, en la que el paciente se enfrenta directamente con el estímulo temido en toda su intensidad (un ejemplo podría ser un paciente con agorafobia encerrado en su casa, que sale a la calle acompañado del terapeuta; véase Willima y Zane, 1989). Por lo demás, la exposición puede hacerse de manera real (lo que se conoce como exposición en vivo) o imaginaria.

Recientemente se está empezando utilizar la realidad virtual para ayudar a los pacientes a superar sus temores y fobias. Esta estrategia, al igual que la exposición imaginaria, suele ser muy útil cuando la causa de la ansiedad es difícil de reproducir en la vida real, y por lo tanto poco susceptible de una exposición en vivo. La lógica que hay detrás de la desensibilización sistemática es muy simple: encontrar una conducta que sea incompatible con la ansiedad (estar relajado o experimentar algo que sea agradable), y asociarla repetidamente con el estímulo que provoca la ansiedad.

Dado que resulta difícil, si no imposible, experimentar a la vez placer y ansiedad, la desensibilización sistemática intenta enseñar a la persona a relajarse en presencia del estímulo ansiógeno, o a actuar de otra manera que sea incompatible con la ansiedad. Por lo tanto puede considerarse como un procedimiento de contracondicionamiento. El término sistemática se refiere a la manera

cuidadosamente graduada en que la persona se va exponiendo al estímulo temido. El prototipo de la desensibilización sistemática es el experimento clásico de Mary Cover Jones (1924), que fue capaz de eliminar los temores de un niño hacia un conejo blanco y otros animales peludos.

Empezó por colocar el conejo en el vano de la puerta mientras el niño estaba comiendo en el extremo más alejado de la habitación. En días sucesivos el conejo cada vez se situaba más cerca del niño, hasta que éste fue capaz de acariciarlo con una mano mientras comía con la otra. Joseph Wolpe (1958; Rachman y Hodgson, 1980) desarrollaron este procedimiento y acuñaron el término desensibilización sistemática. Partiendo de la base de que la mayoría de los problemas de ansiedad son fundamentalmente respuestas condicionadas, Wolpe desarrolló un procedimiento para enseñar a los pacientes a mantener la calma y a relajarse en aquellas situaciones que anteriormente le provocaban ansiedad. Su procedimiento es elegante por su simplicidad, y su método igualmente sencillo. Al principio se enseña al paciente a lograr un estado de relajación, mediante una concentración progresiva hasta conseguir relajar diversos grupos musculares.

Mientras tanto, paciente y terapeuta construyen una jerarquía de ansiedad que consiste en una serie de escenas imaginadas, ordenadas según su capacidad para provocar ansiedad. Por ejemplo, para un paciente con fobia a los perros, una etapa de la jerarquía podría ser imaginar un perro pequeño situado a cierta distancia, y que pasea atado a una correa. En el otro extremo, una etapa de alta ansiedad podría ser imaginar un perro enorme corriendo hacia el sujeto.

La sesión de terapia consiste en imaginar repetidamente esas escenas pero estando profundamente relajado, empezando por las imágenes de baja ansiedad y avanzando progresivamente hacia imágenes más ansiógenas. El tratamiento continúa hasta que es posible imaginar todos los elementos de la jerarquía sin mostrar incomodidad, momento en el cual las dificultades reales del paciente generalmente también han desaparecido. Este tipo de procedimientos basados en la imaginación adolecen de ciertas limitaciones, la más evidente de las cuales es que no todo el mundo es capaz de imaginar de manera realista las escenas necesarias. En uno de los primeros estudios sobre pacientes con agorafobia, Emmelkamp y Wessels (1975) llegaron a la conclusión de que la exposición prolongada en vivo era más eficaz que la exposición imaginaria.

Desde entonces, los terapeutas han intentado siempre que sea posible recurrir a situaciones reales (Barlow, 1988, 1993). Sin embargo, no siempre es posible conseguir estímulos reales. Por otra parte, es posible que el paciente tenga tanto miedo que no sea aconsejable inducirlo a enfrentarse a esa situación de manera directa (Emmelkamp y Wessels, 1925). Por lo tanto, los procedimientos basados en la imaginación suponen una parte esencial del repertorio de la exposición terapéutica. Un avance reciente en la terapia de conducta se basa en la utilización de la realidad virtual para ayudar a los pacientes a superar sus temores y sus fobias (por ejemplo, Rothbaum et al., 2000). Este tipo de estrategias son evidentemente

muy útiles cuando el origen de la ansiedad del paciente es algo difícil de reproducir en la vida real.

ECONOMÍA DE FICHAS.

Durante sus primeros trabajos con pacientes hospitalizados con esquizofrenia, Ayllon y Azrin (1968) se dieron cuenta de que la mayoría de los pacientes consideraban que oír música y ver películas eran actividades muy deseables. En consecuencia se eligieron esas situaciones como reforzadores de otras conductas socialmente apropiadas. Para poder participar en alguna de ellas, el paciente tenía que ganar cierto número de fichas, realizando conductas apropiadas.

Este método se ha aplicado con mucho éxito a pacientes crónicos, considerados insensibles a cualquier tratamiento (Paul, 1982; Paul y Lentz, 1977). La economía de fichas se ha utilizado para establecer conductas adaptativas, que pueden abarcar desde respuestas muy elementales como comer o hacer la cama, hasta responsabilidades diarias en el hospital. En este último caso, la economía de fichas se parece al mundo real, donde se paga a una persona por su trabajo, y luego puede utilizar el dinero (las fichas) para intercambiarlo por objetos o actividades deseadas.

TERAPIA COGNITIVA Y COGNITIVOCONDUCTUAL

Los primeros terapeutas de la conducta se concentraron en la conducta observable, y restaron importancia al pensamiento. Por esa razón, se les consideraba como simples técnicos mecanicistas que se limitaban a manipular a sus pacientes, sin llegar a considerarlos siquiera como personas. Pero a partir de la década de los 70, algunos terapeutas de la conducta empezaron a replantearse el papel de los «acontecimientos privados» —pensamientos, percepciones, evaluaciones y autoafirmaciones— y pasaron a verlos como procesos que matizaban el efecto de los estímulos objetivos, por lo que podían contribuir a determinar la conducta y las emociones (Borkovec, 1985; Mahoney y Arnkoff, 1978).

La terapia cognitiva y la cognitivo-conductual (términos que generalmente se utilizan de manera intercambiable) proceden de la psicología cognitiva (con su énfasis en el efecto del pensamiento sobre la conducta), y del conductismo (con su rigurosa metodología y su orientación hacia la conducta observable).

De momento no hay ningún conjunto de técnicas que definan estrategias de tratamiento con una orientación cognitiva. Sin embargo siempre hay presentes dos temas principales:

(1) la convicción de que los procesos cognitivos influyen sobre las emociones, la motivación y la conducta, y

(2) la utilización de técnicas cognitivas y de modificación de conducta de manera muy pragmática.

A lo largo de nuestra exposición vamos a dar un rápido vistazo al entrenamiento de inoculación del estrés desarrollado por Donald Meichenbaum, y a la terapia de conducta racional emotiva de Albert Ellis. Sin embargo, la mayor parte de nuestra exposición se centra en la estrategia de terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck.

TERAPIA DE CONDUCTA RACIONAL EMOTIVA.

Uno de los primeros desarrollos de la terapia cognitiva de orientación conductual fue la terapia racional emotiva (denominada en la actualidad terapia de conducta racional emotiva —TCRE) desarrollada por Albert Ellis (1958, 1973, 1975, 1989; Ellis y Dryden, 1997)—.

La TCRE intenta modificar los procesos de pensamiento inadaptados de un paciente, sobre los que se supone que se basan las conductas emocionales inadaptadas. Ellis propuso que las personas con un funcionamiento adecuado actúan de manera racional y acorde con la realidad empírica. Sin embargo, y por desgracia, muchos de nosotros hemos aprendido creencias poco realistas y valores muy perfeccionistas, que nos hacen esperar demasiado de nosotros mismos, lo que nos lleva a comportarnos de manera irracional y a considerar que somos unos fracasados inútiles. Por ejemplo, puede que una persona piense constantemente que «debería ser capaz de conseguir la amistad y respeto de todo el mundo» o «debería ser perfectamente competente y capacitado para todas las tareas que emprendo».

Inevitablemente, esas suposiciones poco realistas, y estas exigencias sobre uno mismo terminan por causar problemas. La tarea de la terapia de conducta racional emotiva consiste en reestructurar el sistema de creencias y la autoevaluación de la persona, especialmente por lo que concierne a esos irracionales «debería», «tendría que» y «debo», que impiden al individuo desarrollar una sensación más positiva de autoestima y satisfacción emocional. Es posible recurrir a diversos métodos. Uno de estos métodos consiste en discutir esas falsas creencias mediante la confrontación racional («¿Por qué piensas que tu fracaso para conseguir el ascenso significa que eres un inútil?»). Los terapeutas de la TCRE también recurren a técnicas de orientación conductual. Por ejemplo, utilizan deberes para casa para animar a los pacientes a tener experiencias nuevas y a romper cadenas de conducta negativas.

Otro método podría ser la utilización de un auto-reforzamiento mediante recompensas tangibles o mediante autoafirmaciones privadas del tipo «estás haciéndolo verdaderamente bien». Incidentalmente esto tendrá probablemente efectos positivos, incluso aunque no sea verdad. Existen abundantes pruebas de que las personas mantienen en parte su autoestima porque están convencidas de que son mejores de lo que realmente son (Bandura, 1986; Taylor y Brown, 1988). Así pues, un nivel moderado de «irracionalidad» no supone en sí mismo un factor de riesgo para un trastorno mental.

Aunque las técnicas que se utilizan pueden diferir de manera sustancial, la filosofía que subyace a la TCRE tiene algo en común con la terapia humanista subyacente (que expondremos más adelante), ya que ambas toman partido de manera explícita por la dignidad personal y los valores humanos. La terapia de conducta racional emotiva pretende aumentar la sensación de autoestima de la persona y allanar el camino para su auto-realización, eliminando las creencias falsas que obstaculizan su desarrollo personal.

TERAPIA DE INOCULACIÓN DEL ESTRÉS.

La terapia de inoculación del estrés es un tipo de entrenamiento y auto-instrucciones que intenta alterar esas auto-afirmaciones que una persona se hace de manera habitual en situaciones de estrés. La estrategia orienta a la reestructuración de tales afirmaciones, de manera que sea posible mejorar el funcionamiento en situaciones de estrés (Meichenbaum, 1985, 1993). Igual que ocurre con otras terapias cognitivoconductuales, la terapia de inoculación del estrés parte de la base de que los problemas de una persona son el resultado de creencias inadecuadas, que inducen estados emocionales negativos y una conducta inadaptada.

Así pues, un importante objetivo de la terapia es modificar la manera en que el paciente se habla a sí mismo durante una situación de estrés. Por ejemplo, una persona que está intentando superar el «sentimiento de sentirse abrumado» podría aprender y repetir para sí mismo afirmaciones del tipo «dentro de poco se habrá pasado» (Meichenbaum, 1974, p.16).

La terapia de inoculación del estrés se diseñó originalmente para ayudar a las personas a afrontar situaciones que pudieran provocarles estrés o ansiedad, como por ejemplo hablar en público. Sin embargo, durante los últimos años se ha ampliado de manera considerable las posibilidades de aplicación de esta técnica. Por ejemplo, Ross y Berger (1996) describen un estudio que consiguió un notable éxito, utilizando esta técnica con atletas que tenían que someterse a una intervención quirúrgica de la rodilla (y que consiguieron reducir la ansiedad y el dolor, y por ende acelerar el proceso de recuperación).

LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK.

La terapia cognitiva de Beck se desarrolló originalmente para el tratamiento de la depresión (véase el Capítulo 7), y se amplió posteriormente a los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y la obesidad, el trastorno de conducta en los niños, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias (Beck, 1985; Beck y Emery, 1985; Beck et al., 1990, 1993; Hollon y Beck, 1994). Un supuesto básico que subyace a esta estrategia es que ciertos problemas como la depresión proceden de una manera ilógica de pensar que los pacientes tienen respecto a sí mismos, el mundo en el que viven y a su futuro. Durante las primeras fases de la terapia, se intenta que los pacientes sean conscientes de la conexión entre sus pautas de pensamiento y sus respuestas emocionales.

Al principio simplemente se les enseña a identificar sus pensamientos automáticos (del tipo «esto es un auténtico desastre») y a mantener un registro del contenido de su pensamiento y de sus reacciones emocionales (véase Clark, 1997). Con la ayuda del terapeuta, comienzan entonces a identificar los errores lógicos de su pensamiento, y aprenden a analizar la validez de esos pensamientos automáticos.

Los errores que van encontrando en la lógica de su pensamiento les inducen a (1) percibir de manera selectiva el mundo como algo nocivo, mientras que ignoran cualquier evidencia en contra; (2) a sobre generalizar a partir de unos cuantos ejemplos aislados —por ejemplo, verse a sí mismos como totalmente inútiles porque los han despedido de su trabajo—; (3) a magnificar el significado de algunos acontecimientos indeseables, por ejemplo, considerar la pérdida de un trabajo como el fin del mundo; y (4) a desarrollar un pensamiento absolutista —por ejemplo, exagerar la importancia de algún comentario moderadamente crítico, y percibirlo como una prueba de su propia evolución hacia la inutilidad absoluta—.

La mayor parte del contenido de las sesiones de terapia y de los deberes para casa se parece a los experimentos en los que paciente y terapeuta aplican los principios del aprendizaje para intentar modificar las ideas sesgadas y poco funcionales del paciente, evaluando constantemente el efecto de esos cambios sobre los pensamientos, sentimientos y conductas. Sin embargo, es importante resaltar que en la terapia cognitiva de Beck, los pacientes no modifican sus conductas mediante debates y la persuasión del terapeuta, tal y como ocurre con la terapia racional emotiva. Más bien, se les anima a recopilar información sobre sí mismos.

TERAPIAS HUMANISTAS

Las terapias humanistas aparecieron durante la etapa posterior a la Segunda Guerra Mundial. En una sociedad dominada por el interés, la mecanización, la informática, la mentira y la burocracia absurda, los defensores de las terapias humanistas consideraban la psicopatología una consecuencia de los problemas de alienación, despersonalización, soledad e incapacidad para encontrar significado a la vida. Este tipo de problemas, mantenían sus defensores, no pueden resolverse buceando en recuerdos olvidados, o corrigiendo conductas específicas inadaptadas. Las terapias humanistas se basan en el supuesto de que tenemos libertad y responsabilidad para controlar nuestra propia conducta —en que podemos reflexionar sobre nuestros problemas, adoptar decisiones y realizar acciones positivas—.

Los terapeutas humanistas piensan que el paciente debe adoptar la mayor parte de la responsabilidad en la orientación de la terapia, y que el terapeuta únicamente actúa como consejero y guía. Aunque las diversas versiones tienen pequeñas diferencias de detalle, su núcleo central siempre es ampliar la «conciencia» del paciente.

TERAPIA CENTRADA EN EL PACIENTE.

La terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1902-1987) se centra en el poder natural del organismo para sanarse a sí mismo (Rogers, 1951, 1961, 1966). Rogers considera la terapia como un proceso de eliminación de las restricciones que van apareciendo progresivamente, procedentes de las exigencias poco realistas que las personas realizamos sobre nosotros mismos, cuando creemos que no deberíamos tener cierto tipo de sentimientos, tales como la hostilidad. Al negar la existencia de esos sentimientos, también nos hacemos desconocedores de nuestras propias reacciones «viscerales». A su vez esta pérdida de contacto con nuestro propio yo da lugar a una menor integración, un deterioro de las relaciones personales y diversos tipos de desajuste.

El objetivo fundamental de la terapia de Rogers es precisamente resolver esta incongruencia, para ayudar a los pacientes a ser capaces de aceptarse y a ser ellos mismos. Para conseguirlo esta terapia establece un clima psicológico en el que los pacientes pueden sentirse incondicionalmente aceptados, comprendidos y valorados como personas. En este contexto, el terapeuta recurre a técnicas no directivas, como el reflejo empático, o la reafirmación de las descripciones que hace el paciente de las dificultades de la vida.

Si todo va bien, los pacientes empiezan a sentirse libres, quizá por primera vez en su vida, para explorar sus auténticos sentimientos y pensamientos, y para aceptar los odios, la hostilidad y otros sentimientos inaceptables, como parte de ellos mismos. A medida que su autoconcepto se va haciendo más congruente con su experiencia real, van siendo capaces de aceptarse a sí mismos, y estando más abiertos a nuevas experiencias y a nuevas perspectivas; en definitiva, se convierten en personas mejor integradas.

En contraste con la mayoría de las terapias, el terapeuta rogeriano no proporciona respuestas, tampoco interpreta lo que dice el paciente, sondea conflictos inconscientes, ni tampoco le orienta hacia temas determinados. Por el contrario, simplemente se limita a escuchar con atención aquello de lo que el paciente desea hablar, interrumpiendo solamente para reafirmar con palabras diferentes lo que está diciendo el paciente. Este tipo de reafirmaciones, en las que no cabe ningún juicio ni interpretación, ayudan al paciente a clarificar los sentimientos e ideas que está explorando en sí mismo. El siguiente extracto de la entrevista de un terapeuta con una mujer joven puede servir para ilustrar tales técnicas de reflexión y clarificación.

El objetivo fundamental de la terapia de Rogers es precisamente resolver esta incongruencia, para ayudar a los pacientes a ser capaces de aceptarse y a ser ellos mismos. Para conseguirlo esta terapia establece un clima psicológico en el que los pacientes pueden sentirse incondicionalmente aceptados, comprendidos y valorados como personas. En este contexto, el terapeuta recurre a técnicas no directivas, como el reflejo empático, o la reafirmación de las descripciones que hace el paciente de las dificultades de la vida.

Si todo va bien, los pacientes empiezan a sentirse libres, quizá por primera vez en su vida, para explorar sus auténticos sentimientos y pensamientos, y para aceptar

los odios, la hostilidad y otros sentimientos inaceptables, como parte de ellos mismos. A medida que su autoconcepto se va haciendo más congruente con su experiencia real, van siendo capaces de aceptarse a sí mismos, y estando más abiertos a nuevas experiencias y a nuevas perspectivas; en definitiva, se convierten en personas mejor integradas.

En contraste con la mayoría de las terapias, el terapeuta rogeriano no proporciona respuestas, tampoco interpreta lo que dice el paciente, sondea conflictos inconscientes, ni tampoco le orienta hacia temas determinados. Por el contrario, simplemente se limita a escuchar con atención aquello de lo que el paciente desea hablar, interrumpiendo solamente para reafirmar con palabras diferentes lo que está diciendo el paciente. Este tipo de reafirmaciones, en las que no cabe ningún juicio ni interpretación, ayudan al paciente a clarificar los sentimientos e ideas que está explorando en sí mismo. El siguiente extracto de la entrevista de un terapeuta con una mujer joven puede servir para ilustrar tales técnicas de reflexión y clarificación.

TERAPIA EXISTENCIAL.

La perspectiva existencialista, igual que la centrada en el paciente, destaca la importancia de la situación humana tal y como la percibe un individuo. Así pues, se centra en la experiencia fenomenológica de la persona, y no en una noción de la realidad objetiva. Los existencialistas están profundamente preocupados por las dificultades de la humanidad, la ruptura de la confianza, la alienación y despersonalización de los individuos y la sociedad contemporánea, y por la ausencia de significado de la vida. Sin embargo, consideran a las personas como poseedoras de un elevado nivel de libertad, y por lo tanto capaces de buscar soluciones a sus problemas, y de dar lo mejor de sí mismas.

El potencial de los seres humanos para ser conscientes de su propia mortalidad y cuestionar su propia existencia nos confronta con la responsabilidad de ser —de decidir qué tipo de persona seremos en el ámbito de nuestros años de vida—, de establecer nuestros propios valores, y de desarrollar nuestras posibilidades. Los terapeutas existenciales no siguen un procedimiento rígido sino que, por el contrario, destacan la individualidad de cada persona y su «forma de estar en el mundo». Destacan la importancia de ser conscientes de la propia existencia —lo que enfrenta al individuo directamente con cuestiones sobre el significado y el propósito de su existencia— a lo largo de la terapia, la compleja relación que se establece entre dos seres humanos en una situación terapéutica, a medida que intentan ser abiertos y «auténticos». Al contrario de los psicoanalistas y conductistas, la terapia existencial pretende que los terapeutas compartan sus sentimientos, sus valores y su propia existencia. Además de ser auténtico, la tarea de un terapeuta existencial es conseguir que los pacientes respondan con autenticidad a las ineludibles relaciones intersubjetivas con los demás (Havens, 1974; May, 1969).

TERAPIAS PSICODINÁMICAS

La terapia psicodinámica consiste en una estrategia de tratamiento que se centra en la dinámica de la personalidad individual, generalmente desde una perspectiva psicoanalítica (véase Capítulo 3). Se practica fundamentalmente de dos maneras: el psicoanálisis clásico y la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Tal y como fue desarrollado por Freud y sus seguidores, el psicoanálisis clásico supone un procedimiento intensivo (al menos tres sesiones por semana), y de larga duración, que intenta descubrir recuerdos reprimidos, pensamientos, temores y conflictos, que presumiblemente proceden del desarrollo psicosexual de los primeros años de vida. Por ejemplo, una persona excesivamente ordenada y adusta, y con un riguroso control, probablemente tuviera en su infancia alguna dificultad con el control de esfínteres.

En una terapia de orientación psicoanalítica, el tratamiento y las ideas sobre las que se basa pueden llegar a apartarse de manera sustancial de los principios y procedimientos de la teoría freudiana ortodoxa, si bien la terapia está profundamente enraizada en conceptos psicoanalíticos. Por ejemplo, muchos terapeutas de orientación psicoanalítica realizan sesiones menos frecuentes (una por semana), y se sientan frente al paciente en vez de quedarse fuera de su vista. De manera similar, la postura relativamente pasiva del analista (que suele limitarse a escuchar las «asociaciones libres» de su paciente y casi nunca ofrece «interpretaciones»), se reemplaza por un estilo de conversación activo, en el que el terapeuta intenta clarificar las distorsiones y las lagunas de la construcción que su paciente hace sobre el origen y las consecuencias de sus problemas, por lo que se enfrenta de manera directa a las «defensas» de su paciente, a medida que se presentan. Suele aceptarse que esta estrategia más directa abrevia en gran medida la duración del tratamiento.

Comenzaremos por examinar los métodos originales de Freud, en parte por su significado histórico y su enorme influencia; a continuación daremos un rápido repaso a algunas de las modificaciones contemporáneas de la teoría psicodinámica, que en su mayor parte se centran en los procesos interpersonales.

EL PSICOANÁLISIS FREUDIANO.

El psicoanálisis es un sistema terapéutico que ha evolucionando durante los años profesionales de Freud. No es fácil describir el psicoanálisis, y el problema se complica por el hecho de que la gente tiene concepciones inadecuadas, que provienen de películas, cómics y otros tipos de caricaturas. La mejor manera de empezar nuestra descripción es hacerlo a partir de cuatro técnicas básicas en este tipo de terapia: (1) asociación libre, (2) análisis de los sueños, (3) análisis de las resistencias y (4) análisis de la transferencia. A continuación destacaremos algunos de los cambios más importantes que han tenido lugar en la terapia psicodinámica desde los tiempos de Freud.

ASOCIACIÓN LIBRE.

La regla básica de la asociación libre es que un individuo debe decir cualquier cosa que le venga a la cabeza, ya sea algo personal, doloroso o aparentemente irrelevante. Generalmente el paciente se coloca en una posición relajada sobre un diván, y procede a contar sus pensamientos, sentimientos y deseos que le vienen a la cabeza, dejándose llevar por la asociación de ideas. El terapeuta normalmente se coloca tras el paciente para no alterar la sucesión de asociaciones. Aunque esta descripción de cualquier cosa que venga a la cabeza pueda parecer algo aleatorio, Freud no lo consideraba así; por el contrario, creía que las asociaciones están determinadas, igual que lo está cualquier otro acontecimiento. El objetivo de la asociación libre es explorar el contenido del preconscious —una parte de la mente susceptible del análisis consciente, pero que suele pasar desapercibida—.

ANÁLISIS DE LOS SUEÑOS.

Otro procedimiento relacionado e igualmente importante, para descubrir el material inconsciente, es el análisis de los sueños. Cuando una persona está durmiendo, sus defensas represivas disminuyen, y los deseos y sentimientos prohibidos pueden llegar a encontrar una vía de escape mediante el sueño. Por esta razón, los sueños se consideran como una «autopista al inconsciente». Sin embargo, algunos motivos todavía son tan inaceptables para la persona, que ni siquiera en los sueños se manifiestan de manera explícita, sino que se expresan de manera simbólica. Así pues, un sueño tiene dos tipos de contenido: (1) un contenido manifiesto, que es tal y como aparece en la imaginación, y (2) un contenido latente, que consiste en los impulsos que están buscando expresarse, pero que son tan dolorosos o inaceptables que aparecen disfrazados. La tarea del terapeuta consiste en descubrir esos significados ocultos, mediante el estudio de las imágenes que aparecen en el contenido manifiesto del sueño del paciente. Por ejemplo, un sueño en el que el paciente se sumerge en una ola podría interpretarse como indicativo de que se siente en peligro de quedar abrumado por sus temores y hostilidades reprimidas.

ANÁLISIS DE RESISTENCIAS.

Durante el proceso de asociación libre o de análisis de sueños, es posible que un individuo ponga de manifiesto resistencias —el rechazo a hablar sobre ciertos pensamientos, impulsos o experiencias (Stearn, 1985)—. Por ejemplo, puede que un paciente esté hablando sobre una importante experiencia de su infancia, y de pronto cambie de tema, diciendo algo como «realmente carece de importancia» o «es demasiado absurdo como para comentarlo». La resistencia también puede proceder de una interpretación poco sincera del paciente respecto a cierta asociación, o también al llegar tarde a la cita, o incluso al «olvidar» por completo la cita. Dado que la resistencia impide que los contenidos dolorosos y amenazantes puedan llegar a la conciencia, es necesario buscar su origen si queremos que la persona sea capaz de enfrentarse al problema y aprender a manejarlo de manera realista.

ANÁLISIS DE TRANSFERENCIAS.

A lo largo de la interacción entre el paciente y el terapeuta, la relación entre ellos se va haciendo cada vez más compleja y emocional. Con frecuencia las personas aplican de manera inconsciente a su terapeuta ciertas actitudes y sentimientos que ellos tienen en su relación con un padre o cualquier otra persona cercana a ellos, un proceso que se conoce como transferencia. Así pues, puede que los pacientes reaccionen ante su terapeuta

METODOLOGÍA LA TG

tiene como finalidad el reconocimiento de la realidad interna y externa. Desde este punto de vista es de poca importancia el reconocimiento de las experiencias infantiles en cada ser humano. El punto central de su acción está en la experiencia de los nuevos modelos de reacción, que ejercitan el "aquí y ahora". Para poder conseguir la propia responsabilidad del paciente, se trabajará su tendencia a usar el "pero" a través del uso del: "yo", "yo no puedo", "yo no quiero".

Es muy conocida la técnica de la "silla vacía": el paciente se sienta en una silla, y tiene otra vacía enfrente, sobre ella proyecta imaginariamente a una persona significativa, con la cual hablará sobre sensaciones, personas, objetos o situaciones. Dentro de las variaciones de este método puede el paciente presentar diferentes planos de sus conflictos, aprendiendo a vaciar elásticamente sus roles personales, y dándose cuenta cómo su propia persona tiene necesidades y obligaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Butcher, James N, Mineka, Susan, Hooley Jill M. Psicología Clínica. Pearson. 12ª. Edición Education S.A. 2007

Oblitas, Guadalupe Luis. Cómo Hacer Psicoterapia Exitosa Psicom Editores. 2004

Feldman, Robert S. Psicología con Aplicaciones de América Latina 12ª edición. 2017