

## 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. Estudio de caso..... 25 puntos
- c. Realización de diagnóstico ..... 25 puntos
- d. Tratamiento Plan terapéutico ..... 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 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 y con base al diagnóstico 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.

## DETALLES FÍSICOS DEL REPORTE

- El reporte debe presentarse el día de la práctica y debe realizarse 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.

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Día	Fecha	HORARIO	Práctica No.	Nombre de la Práctica
Sábado		13:00 a 15:00	1	Estudio de caso (Presentar diagnóstico según DSM 5 / Elaboración de plan terapéutico, mínimo 3 meses de terapia)
Sábado		15:30 a 17:45	2	Estudio de caso (Presentar diagnóstico según DSM 5 / Elaboración de plan terapéutico, mínimo 3 meses de terapia)
Sábado		13:00 a 15:00	3	Estudio de caso (Presentar diagnóstico según DSM 5 / Elaboración de plan terapéutico, mínimo 3 meses de terapia)
Sábado		15:30 a 17:45	4	Estudio de caso (Presentar diagnóstico según DSM 5 / Elaboración de plan terapéutico, mínimo 3 meses 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

<b>Práctica No.</b>	<b>Materiales Individuales</b>
1	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5
2	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5
3	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5
4	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5

**Nota: El manual se debe de llevar al laboratorio de forma física e individual.**



## 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 en el programa, uso apropiado de la diferente 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.

### 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.

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico, que abarcan desde la primera consulta por parte del cliente hasta la finalización del tratamiento. Desde nuestro punto de vista de terapeutas de conducta, establecemos las siguientes fases por las que pasa el proceso terapéutico: La primera hace referencia al establecimiento de una relación terapéutica, donde se ha de intentar establecer una buena relación con el cliente, puesto que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre ambos.

Se ha de establecer un buen rapport psicológico. Al mismo tiempo que se entabla la relación terapéutica, se inicia lo que sería la siguiente fase del proceso, la evaluación conductual, que consiste en la recogida de datos lo más exhaustiva posible, haciendo referencia a las distintas áreas de la vida del cliente, como las relaciones familiares, relaciones sociales, aspectos laborales y ocupacionales, relaciones de pareja y sexualidad, aspectos fisiológicos (tipos de enfermedades), etc., y centrándose especialmente en el motivo de consulta.

Hacer una buena entrevista es necesario para establecer los objetivos o la(s) área(s) de intervención (Llavona, 1993). Con los datos recogidos en la(s) entrevista(s) se hace un análisis conductual, que consiste en la búsqueda de relaciones funcionales entre los distintos componentes de la conducta del cliente. Es decir, establecemos que las conductas o respuestas "R" guardan una relación funcional con los estímulos antecedentes "E" que componen el entorno del cliente en un momento dado y con las consecuencias de la propia respuesta "C" (Muñoz, 1993).

Una vez hecho el análisis conductual, se establecen unas hipótesis explicativas, es decir, se enmarcan los resultados del análisis conductual en un esquema teórico, se formula una explicación de su problema, se plantea cuál ha podido ser el origen del problema y lo que hace que el problema se mantenga. Una vez que tenemos la información recogida, el análisis conductual y las hipótesis explicativas, seleccionamos la(s) área(s) de intervención o, dicho de otro modo, las conductas a modificar.

En la mayoría de los casos suele suceder que no hay solamente un área de intervención, sino más de una y en este caso hemos de establecer prioridades. Una vez seleccionada la(s) conducta(s) objeto de cambio, se establece un plan de intervención, se pasa a seleccionar las técnicas más adecuadas. Esta selección a veces está mediada por el cliente, es decir, el terapeuta ha de explicarle al cliente previamente en qué consisten las técnicas que se le van a aplicar, puesto que ha de estar dispuesto a ponerlas en práctica y por lo tanto es necesario, que él esté de acuerdo.

Además, es necesario tener en cuenta o analizar la situación del cliente, entorno, recursos, etc., que puedan ayudar al proceso de cambio. Una vez que hemos seleccionado las técnicas, ponemos en marcha el tratamiento, es decir, empezamos a aplicar las técnicas. Es necesario evaluarlas continuamente para asegurarnos que el cliente las entiende y las trabaja adecuadamente. Es evidente que, si un cliente no responde al tratamiento propuesto, se ha de pasar a replantear otro tipo de técnicas a aplicar, pasando previamente por un análisis del por qué no responde al tratamiento ya que puede ser debido a que no se le han explicado debidamente las técnicas o a que no es capaz de llevarlas a cabo por ser complicadas para él.

Una vez aplicadas las distintas técnicas, y ya recuperado el cliente, solucionado el trastorno, o simplemente conseguido el objetivo terapéutico, se valoran los resultados y se establece un seguimiento del cliente para asegurarnos de que los resultados obtenidos al final del tratamiento se mantienen con el paso del tiempo, se consolidan. Esta última fase, que casi todos los autores incluyen en el proceso terapéutico, en el caso de la práctica clínica privada, no siempre se puede llevar a cabo. Una vez terminado el tratamiento resulta difícil que acudan a sesiones de seguimiento.

Respecto al número de fases en que se divide el proceso terapéutico, éstas varían según los autores. Así Cautela y Upper (1975) dividen el proceso terapéutico individual en seis fases fundamentales: a) comienzo de la relación; b) análisis conductual y diagnóstico; c) elección terapéutica; d) evaluación de la eficacia del tratamiento; e) modificación de la estrategia terapéutica; y, f) decisión de terminar la terapia. Kanfer y Grimm (1980), y posteriormente Kanfer y Schefft (1988), sugieren siete fases, siguiendo el modelo de autorregulación y señalan en cada una de ellas sus principales objetivos: a) estructuración de roles y creación de la alianza terapéutica; b) desarrollo de compromiso para el cambio para el paciente; c) análisis conductual; d) negociación del tratamiento; e) ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación; f) monitorización y evaluación de los progresos y resultados del tratamiento; y, g) mantenimiento, generalización de los resultados y terminación del tratamiento.

Así Cautela y Upper (1975) dividen el proceso terapéutico individual en seis fases fundamentales: a) comienzo de la relación; b) análisis conductual y diagnóstico; c) elección terapéutica; d) evaluación de la eficacia del tratamiento; e) modificación de la estrategia terapéutica; y, f) decisión de terminar la terapia.

Kanfer y Grimm (1980), y posteriormente Kanfer y Schefft (1988), sugieren siete fases, siguiendo el modelo de autorregulación y señalan en cada una de ellas sus principales objetivos: a) estructuración de roles y creación de la alianza terapéutica; b) desarrollo de compromiso para el cambio para el paciente; c) análisis conductual; d) negociación del tratamiento; e) ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación; f) monitorización y evaluación de los progresos y resultados del tratamiento; y, g) mantenimiento, generalización de los resultados y terminación del tratamiento.

En esencia todos pasan por las mismas fases, la diferencia estriba en el énfasis que ponen en unas partes más que en otras y por tanto lo que un autor puede considerar primera fase como comienzo de la relación, otro autor la subdivide en dos fases. Por ejemplo, en la práctica clínica no se siguen estrictamente todas las fases o el mismo orden.

## LA SITUACIÓN TERAPÉUTICA

### Variables y cualidades del cliente

Existe en el cliente una serie de variables y cualidades que hemos de tener en cuenta en el proceso terapéutico, pues pueden afectar de algún modo a éste, aunque no al resultado final. Entre las variables del cliente hemos de tener en cuenta, por ejemplo, la edad. Esto de algún modo nos marca para desarrollar el proceso terapéutico, ya que, si trabajamos con un niño, a diferencia de con un adulto, éstos suelen resistir menos tiempo de sesión, hemos de hacer más descansos, intervalos de juego, etc.

Las fases de evaluación en algunos casos pueden resultarnos más complicadas, encontrándonos con más problemas para analizar determinados tipos de conductas. Esto sucede sobre todo en personas mayores, donde se necesita más tiempo ya que sus historias son más largas.

Otra variable que puede influir en el proceso terapéutico es el sexo de cliente, esta variable afecta especialmente en determinados tipos de problemas, por ejemplo, en trastornos sexuales. Al cliente le puede resultar más difícil contarle algo muy íntimo a un terapeuta de distinto sexo. En este caso el terapeuta ha de ser más habilidoso o más ingenioso.

El nivel intelectual, es una variable del cliente que también puede influir en el proceso terapéutico al tener que adaptarnos a la capacidad del cliente. Por ejemplo, a la hora de mandarle hacer autorregistros, podemos encontrarnos con un cliente de avanzada edad que casi no sepa escribir, de modo que hemos de buscar una alternativa al modelo de autorregistro que utilicemos habitualmente. El estado civil del cliente puede en algún caso dificultar el proceso terapéutico, pongamos por caso el de una cliente que acude al terapeuta por un problema sexual pero no tiene una pareja estable.

El grado de sinceridad que presenta el cliente, es quizás la cualidad más relevante a tener en cuenta en el proceso terapéutico. Es una cualidad muy apreciable en los clientes y que les pedimos que lo sean desde el principio del proceso. Así como también el hecho de adoptar un rol activo en el proceso terapéutico, ha de implicarse en el tratamiento. Este último aspecto es muy importante, pues muchos de los clientes que acuden a consulta, aunque lo hagan por iniciativa propia, no saben en qué consiste la terapia, qué tratamiento se les va a aplicar y cómo tienen que llevarlo

a cabo, cuando no están acostumbrados al tratamiento psicológico. Así, por ejemplo, a algunos clientes les llama la atención tener que adoptar una actitud activa en el tratamiento.

### **Variables y características del terapeuta**

El terapeuta ha de tener prioritariamente una buena formación y un interés por las personas y su bienestar. La variable edad en un terapeuta no ha de afectar al resultado del proceso terapéutico, aunque sí puede afectar a la hora de establecer una relación de confianza cliente-terapeuta. Si el cliente percibe al terapeuta como muy joven puede no confiar en su experiencia y no considerarlo adecuado para solucionar su problema. La variable estado civil, tener hijos, etc., puede ayudar a que el cliente confíe más en lo que el terapeuta le diga al considerarlo con una determinada experiencia de vida.

Hay además una serie de características que debería tener todo buen terapeuta de las que numerosos autores han hablado. Éstas serían: aceptación que muestra el terapeuta por el cliente; buena empatía; honestidad; credibilidad (fiabilidad respecto de la información suministrada, experiencia y buena formación como terapeuta, motivos e intenciones del terapeuta y dinamismo); flexibilidad; y buen conocimiento de sí mismo. - Aceptación. Esta característica hace referencia al respeto, a la preocupación y al interés que el terapeuta muestra por el cliente, siendo importante que el cliente perciba esto. Es más interesante como dicen Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) la percepción de la aceptación, que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta.

De todos modos, como en casi todas las cosas, los extremos no son buenos y poco deseables, que van desde una relación demasiado cordial, como muy fría y distante. Ambas situaciones pueden ser mal interpretadas por el paciente. El terapeuta, al prestarle atención al cliente, está transmitiéndole su aceptación.

Además, ésta es expresada a través de sus gestos, su tono de voz, sus expresiones verbales, etc. Sin embargo, la manifestación de la aceptación por parte del terapeuta varía a lo largo del proceso terapéutico, siendo ésta más importante al principio de la terapia, que a lo largo de ella. No queriendo con ello decir que no se le preste atención a lo largo de todo el proceso. - Empatía. Esta es una de las características que más tiene en cuenta la mayoría de los autores que hablan de la relación terapeuta-cliente (ej., Beck et al., 1983).

La empatía hace referencia a la capacidad para comprender los sentimientos del otro. Así, por ejemplo, si un paciente dice "no sé si seré merecedor de esta persona" una respuesta empática sería "no te crees lo suficientemente bueno para ella". Si la respuesta fuese "quizás no sea ella la persona que te conviene", el terapeuta estaría dando una respuesta desde su punto de vista. La empatía o comprensión empática, ayuda a establecer una buena relación terapeuta-cliente, a obtener más información mostrando que el terapeuta comprende al paciente.



Existen una serie de actitudes del terapeuta que hacen que el paciente identifique al terapeuta como un terapeuta experto, por ejemplo: dar la mano y saludar llamando por el nombre al paciente; apariencia cuidada; hablar a nivel del paciente, no usando un lenguaje pedante; expresión cordial; pregunta directamente y va al centro de la cuestión, sus preguntas siguen una programación lógica. b) Fiabilidad como fuente de información: es decir, su formalidad, predictibilidad y consistencia. c) Motivos e intenciones del terapeuta: cuanto más claro tenga el paciente que el terapeuta está trabajando para el bienestar del paciente, mayor será su credibilidad. d) Dinamismo: referido a su seguridad, potencia y nivel de actividad.

Para muchos clientes será importante tener un terapeuta dinámico y enérgico que inspire la seguridad y el refuerzo suficiente a sus pacientes. - Flexibilidad. Es importante que el terapeuta sea flexible, para ajustar su estilo a las necesidades de cada paciente (Cormier y Cormier, 1994). Los terapeutas flexibles adaptan métodos y técnicas a sus pacientes en lugar de forzar a estos a adaptarse a sus técnicas.

Evidentemente, es aconsejable que el terapeuta tenga un buen equilibrio psicológico, aunque no es imprescindible que éste sea total, siempre que su autoconocimiento le permita poner en marcha mecanismos de autocontrol o estrategias cognitivas que hagan que esto no interfiera con la objetividad que necesita para ayudar al cliente. Cormier y Cormier (1994), hablan de tres áreas personales que la mayoría de los terapeutas deberían examinar atentamente porque pueden tener un impacto significativo sobre la calidad de la relación y en general el proceso terapéutico: competencia, poder e intimidad.

### **Lugar del tratamiento**

El lugar del tratamiento, puede ser desde una consulta privada hasta una habitación de un hospital. Aunque conviene que el ambiente y la decoración sean adecuados, la efectividad del tratamiento no dependerá de la habitación. El requisito fundamental del lugar sería que fuese cómodo y privado. La decoración del despacho ha de ser discreta, la pintura que no destaque mucho, con colores tales como blanco, ocre, verde claro, etc.; el mobiliario debe ser sencillo y confortable. Es decir, que todo ello genere un ambiente cómodo, tranquilo, agradable y relajante, propicio para que se desarrolle todo el proceso terapéutico.

### **Indumentaria del terapeuta**

Sobre la indumentaria del terapeuta no hay normas estrictas, como norma general ha de estar bien arreglado, con ropa discreta y en algunos casos dependerá de la edad de los clientes a tratar. Adecuada al rol. Si el cliente es un niño, usar un traje chaqueta puede resultarle al niño demasiado serio, aunque esto no ocurrirá si el cliente es una persona adulta. Es útil y de sentido común vestir de acuerdo con las normas culturales y locales al uso de cada sitio.



## **Selección y aplicación de las técnicas de tratamiento**

Seleccionar las áreas de intervención o las conductas a modificar en principio podría parecer fácil o incluso obvio, y en algunos casos así es, como por ejemplo un problema de adicción a las máquinas tragamonedas, donde a pesar de que haya solapados otros trastornos, como depresión, es claro el objetivo, o incluso un problema todavía más sencillo como el de una fobia a los ascensores. Sin embargo, en otros casos, el área prioritaria de intervención no es tan clara y debemos tomar una decisión con base en: los intereses o necesidades del cliente, la mayor probabilidad de éxito en la eficacia del tratamiento, las circunstancias socio familiares del cliente, etc.

## **Mantenimiento del rapport en las siguientes sesiones**

La aplicación de las técnicas propiamente Llegado este punto hemos de tener presente que los tratamientos no son simples recetas que se le dan al cliente, ni se pueden poner en práctica sin el previo conocimiento de éste. El terapeuta ha de entrenar al cliente para que aprenda las técnicas a utilizar. En la práctica clínica se suele comenzar este entrenamiento casi desde la primera consulta.

Por lo expuesto hasta aquí, podemos deducir que, en el proceso terapéutico en la práctica clínica diaria, las fases no siempre están tan claramente diferenciadas o no siguen el orden estrictamente como en el caso de los tratamientos en la investigación. Si nos encontramos con un cliente muy tímido y reticente al tratamiento, puede suceder que no descubramos los datos más importantes para el tratamiento, el problema central, hasta la tercera o cuarta sesión, habiendo enfocado hasta entonces el tratamiento para solventar otro aspecto o problema conductual no tan relevante o prioritario; como ejemplo, el de un cliente que acude a consulta para dejar de fumar y en la tercera sesión descubrimos que presenta un problema de bulimia.

Por este motivo, es adecuado o necesario, estudiar sistemáticamente las distintas áreas psicosociales del cliente, porque se van descubriendo aspectos que inicialmente el cliente no se atrevió a contar. De ahí la importancia de establecer una relación de confianza entre el cliente y el terapeuta. Si en algún caso el cliente no cumple con las tareas, podemos establecer algún contrato conductual, que consiste en un escrito en el que aparecen reflejados los objetivos que se comprometen a cumplir el cliente y el terapeuta, y los premios, refuerzos o contingencias que obtendrán por la realización de dichos objetivos.

Otro punto a tener en cuenta es que la intervención del terapeuta suele ser la mayoría de las veces en casos mucho más complejos de los que aparecen publicados; los clientes presentan problemas complejos, difícilmente reducibles a un simple esquema. Por lo que de algún modo en la mayoría de los tratamientos se manejan "paquetes de tratamiento", en lugar de limitarse a la aplicación de una técnica puntual. Como comentamos en su momento en las características del terapeuta, es muy importante que éste sea flexible, es decir, ha de adaptar el

tratamiento a cada cliente según las circunstancias de éste y ha de reajustar el tratamiento según vaya avanzando el proceso terapéutico.

### ¿Cómo y cuándo finalizar el tratamiento?

Normalmente, a medida que se va desarrollando el proceso terapéutico, el terapeuta va analizando los progresos del cliente y estableciendo de algún modo el tiempo que necesitará para finalizar las sesiones con el cliente. Por lo tanto, es deseable que vaya preparando al cliente, distanciando las sesiones paulatinamente, aunque esto no siempre es posible debido a que algunos clientes en cuanto se encuentran bien abandonan el tratamiento o empiezan a cambiar las citas concertadas, rompiendo de algún modo los objetivos que el terapeuta se había propuesto, con el resultado de tener que alargar el tratamiento más tiempo. Esto es debido a que las conductas que habían aprendido, eliminado o cambiado, aun no estaban bien consolidadas y se produce la recaída del cliente al abandonar prematuramente la terapia.

En otros casos se debe a que el propio cliente cambia constantemente las sesiones, produciéndose grandes intervalos de tiempo entre sesiones que llevan a que los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior en ocasiones ya nada tienen que ver con los que han de establecerse en la siguiente sesión, habida cuenta de nuevos acontecimientos en la vida del cliente. Dejando a un lado los contratiempos, lo ideal es terminar el tratamiento cuando se han cumplido los objetivos terapéuticos, y terapeuta y cliente así lo deciden. Seguimiento **El seguimiento establecido en la práctica clínica es a los 3, 6 y 12 meses.** Es difícil que los clientes, después de finalizado el tratamiento, acudan a estas sesiones de seguimiento, por lo que es útil ponerse en contacto con ellos mediante teléfono o por carta.

Tabla 1. Los modos de comunicación del terapeuta

FUNCIONES	DIMENSIONES	
INSTRUCCIONAL	Rigidez Asimetría acentuada	Flexibilidad Asimetría moderada
EVALUATIVA	Optimismo Centrada en los medios	Criticismo Centrada en los efectos
ATENCIONAL	Actividad Concentración	Receptividad Apertura
OPERACIONAL	Directividad Lógica	Persuasión Retórica
EXPRESIVA	Baja Tonalidad Corporal	Alta Tonalidad Verbal
COMPROMISO VINCULAR	Proximidad Focalización	Distancia Extensión

## EL ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso ha constituido en la historia de la psicología clínica uno de los aspectos que la han caracterizado. Casos como los del pequeño Hans descrito por Anna O Freud, el pequeño Alberto descrito por Watson y Rayner, y las tres caras de Eva -Eva Blanca, Eva Negra y Jane-, descrito por Thigpen y Cleckley, como los más famosos, citados o conocidos (cfr. Davison y Neale, 1994), nos muestra la relevancia del estudio de caso. Sin embargo, a veces tanto los estudiantes como los clínicos creen que lo que aporta datos relevantes que hacen avanzar a la psicología clínica son siempre los estudios de investigaciones experimentales bien controlados.

Cuando se presenta un estudio de caso, el objetivo básico es presentar la descripción con muchos detalles para que permita conocer claramente los antecedentes del problema, la evaluación realizada, el tratamiento y efectos del mismo, así como las distintas explicaciones que el autor considera que justifica la mejoría clínica del cliente (ej., Graña, 1991). Un estudio de caso comprensivo incluirá probablemente (Davison y Neale, 1994) la historia familiar y los antecedentes del problema, la historia médica, historia escolar, historia laboral, historia marital y de pareja y otros detalles relevantes sobre el desarrollo, ajuste, personalidad, curso de la vida y estado actual en que se encuentra. Junto con este estudio detallado, centrado en la historia y evaluación, el tratamiento se presenta minuciosamente por bloques, sesiones, temas, etc.

La presentación de series de casos permite una evaluación del grupo de casos tratados (ej., porcentaje de eficacia en 70 casos), al tiempo que puede aportar información sumamente útil para los clínicos, al presentar el terapeuta que los ha tratado, su visión global en función de sus resultados "grupales" de sus casos tratados "individualmente". Para Kazdin (1980, 1992) el estudio de caso tiene como valores principales: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana; ser una fuente para el desarrollo de las técnicas de intervención y de aplicaciones de técnicas únicas; posibilita estudiar fenómenos extraños o poco frecuentes; proporcionar evidencia en contra de nociones que se consideran ser universalmente aplicables; y, su valor persuasivo y motivacional para hacer inferencias y mantener un particular punto de vista sobre el trastorno clínico.

También el estudio de caso tiene sus limitaciones, como: las distintas explicaciones alternativas que se pueden dar del caso, distintas a las proporcionadas por el clínico; sesgos en la interpretación y juicios del caso por parte del terapeuta, dada la dificultad a veces existente en los mismos para diferenciar los datos de las inferencias; y problemas de generalización a otros individuos y a otras situaciones distintas a las presentadas en el caso. La principal limitación del estudio de caso surge al no tener un control o grupo control. Esto impide controlar las distintas variables que pueden afectar a la validez interna. También por ello el estudio de caso no utiliza la estadística, sólo se centra en la descripción del mismo. Podemos

mejorar lo anterior presentando una serie de casos, incrementándose así la posibilidad de generalización.

La calidad de la recolección de información sobre el caso va a depender del clínico. Como ocurre en los diseños experimentales, la calidad será mayor si utiliza varias medidas pretratamiento, si se analiza meticulosamente el proceso de tratamiento con medidas fiables y objetivas (ej., grabaciones en vídeo, cuestionarios estándar), si personas distintas al clínico evalúan la mejoría clínica, etc. Mantener un equilibrio entre la novedad del caso y la metodología es una cuestión que el clínico tiene que tener clara y saber manejar adecuadamente.

De este modo, el estudio de grupos se complementaría y ampliaría con análisis de casos individuales relevantes para explicar la total remisión del trastorno, o el mantenimiento o empeoramiento del sujeto. Hay autores que ven poco útil el estudio de casos (ej., Barlow, Hayes y Nelson, 1984) mientras que otros insinúan la superioridad del estudio de casos clínicos a los diseños experimentales (ej., Howard, 1993).

## **GAMA DE TERAPIAS**

Cuatro principales fuerzas psicoterapéuticas contemporáneas: psicoanálisis, conductismo, humanismo y transpersonal. Además, se describen otros enfoques psicoterapéuticos de amplia aceptación en la actualidad: El enfoque humanista centrado en la persona, terapia racional emotiva, logoterapia, psicoterapia breve, psicoterapia gestalt, análisis transaccional, psicoterapia breve sistémica, terapia psicocorporal y la psicoterapia integracionista.

### **Enfoques clásicos**

Psicoanálisis  
Terapia cognitivo-conductual  
Terapia de conducta  
El enfoque centrado en la persona

### **Enfoques contemporáneos**

Terapia Racional Emotiva  
Logoterapia  
Psicoterapia Breve Sistémica  
La Psicoterapia Gestalt

### **Enfoques de vanguardia**

Terapia Psicocorporal y la Clínica  
Psicoterapia transpersonal  
Psicoterapia integracionista  
Análisis Transaccional

### **Tópicos especiales**

Psicoterapia de grupo

Terapias de familia  
Terapéutica de las Adicciones  
La Espiritualidad como Técnica Psicoterapéutica  
Intervención Psicológica en Ansiedad y Estrés

## **ALGUNAS TERAPIAS**

### **TERAPIA COGNITIVA Y COGNITIVO CONDUCTUAL**

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.**

Ahora vamos a exponer los principales conceptos de su obra (Ellis, 1962, 1981, 1989 y 1990).

#### **Principales conceptos teóricos**

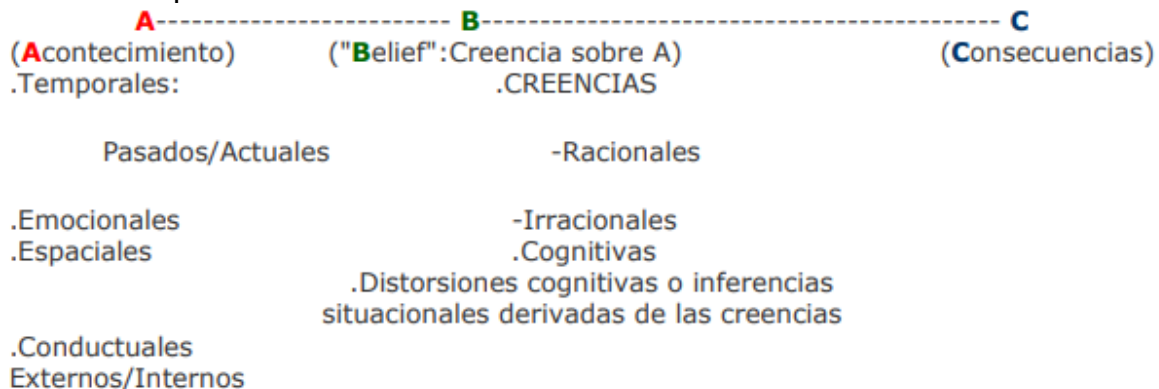
1. **METAS Y RACIONALIDAD:** Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en: a- Supervivencia. b- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas: - Aprobación o afecto. - Éxito y Competencia personal en diversos asuntos. - Bienestar físico, emocional o social. En este punto,



Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

2. COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS: a- Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente. Pensamiento Afecto Conducta b- Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son: - Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico. - Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.
3. ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO: a- Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional. b- Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional. 2- El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos.

Podemos representar ese modelo:



**Principales técnicas de tratamiento en la R.E.T. Ellis (1989)** clasifica las principales técnicas de la RET en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

**A- TÉCNICAS COGNITIVAS:**

1. Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.e el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
2. Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.



3. Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
4. Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET.
5. Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude..")
6. Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
7. Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:
  - (1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.
  - (2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.
  - (3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

## **B- TÉCNICAS EMOTIVAS:**

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
2. Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
3. Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
4. Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
5. Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")
7. Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
8. Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.
9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

### **C-TÉCNICAS CONDUCTUALES:**

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
2. Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
3. Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
4. Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

### **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.

### **PRIMERA FASE: EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **1. OBJETIVOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:**

Los objetivos generales de la C.T (Beck, 1976, Maldonado, 1990) son:

- (1) Explicar los pensamientos automáticos y significados asociados ideosincráticos.
- (2) Buscar evidencias para los pensamientos automáticos y significados personales.
- (3) Diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales. Dentro del contexto de objetivos de la C.T el primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos conductuales.

#### **2. MÉTODOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN:**

Los métodos de evaluación empleados en la C.T son diversos. Los más empleados suelen ser la **HISTORIA CLÍNICA** (cognitiva-conductual), **los AUTORREGISTROS y los CUESTIONARIOS** (tanto de tipo cognitivo-conductual como psicométricos). La primacía de emplear estos métodos (p.e en vez de la observación directa) viene dada por la relevancia de los aspectos subjetivos (cognitivos, emocionales) en este enfoque. La historia clínica suele tener el siguiente formato: (A. Maldonado, 1990; Karataos, 1991) (Fig.10).

**- Historia clínica para la C.T- (Fig. 10)**

- 1. DATOS DE FILIACIÓN** (Nombre, edad, trabajo..etc)
- 2. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:**
  - Nivel cognitivo
  - Nivel afectivo
  - Nivel conductual
  - Nivel motivacional
  - Nivel físico
  - .Datos objetivos (p.e B.D.I)
  - .Diagnostico (p.e DSM-IV/CIE-10)
- 3. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO** (Trabajo, familia..)
- 4. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS:**
  - Atribución sobre los problemas.
  - Historia del problema.
  - Episodios previos similares.
  - Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales.
- 5. OTROS PROBLEMAS** (Trabajo, matrimonio..)
- 6. HISTORIA FAMILIAR:**
  - Antecedentes psíquicos y físicos. Tratamientos seguidos.
  - Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo..).
- 7. HISTORIA PERSONAL:**
  - Conceptualizaciones del paciente (p.e atribuciones, categorizaciones).
  - Historia familiar, social, laboral, educacional y sexual-afectiva.

En cuanto a los autorregistros, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (p.e niños). Aquí presentamos una adaptación del autorregistro formulado por Beck (1976) (Fig.11). También es frecuente que los clínicos adapten los autorregistros al tipo de problema tratado (p.e obsesiones, fobias, etc).

(FIGURA 11) (Adaptación Ruiz.1990)

SITUACIÓN Y ACONTECIMIENTO	ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-10)	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CONDUCTA Y RESULTADO	CAMBIO DE PENSAMIENTO AUTOMÁTICO .Grado de creencia (0-10)	CAMBIO DE CONDUCTA	NUEVO ESTADO EMOCIONAL .Intensidad (0-0)

### 3. EL FORMATO DE CONCEPTUALIZACIÓN DE BECK:

Una vez evaluados los problemas, el clínico cognitivo puede agruparlos en una especie de taxonomía cognitiva, que le va a permitir diseñar intervenciones precisas. Beck, utiliza en la C.T el siguiente formato de conceptualización de los problemas:

**-CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS (Fig.12)-**

- 1. EVALUACIONES INADECUADAS DE LOS HECHOS:** Se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema en cuestión.
- 2. ATRIBUCIONES INADECUADAS:** Se refiere a atribuciones causales erróneas que mantiene el sujeto sobre su conducta, la de los demás y los eventos. Creencias causales erróneas.
- 3. AUTOEVALUACIONES INADECUADAS:** Se refiere a los conceptos, imágenes y autovaloraciones erróneas que mantiene el sujeto al describirse así mismo.
- 4. EXPECTATIVAS IRREALISTAS:** Se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.
- 5. CONDUCTAS MALADAPTATIVAS:** Se refiere a las estrategias de acción inadecuadas o deficientes usadas por el sujeto para resolver sus problemas (p.e evitación).
- 6. NECESIDADES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS REALES:** Se refiere a condiciones reales de deficiencia o inadecuación (p.e problemas legales o económicos y que el terapeuta puede orientar para su resolución (p.e derivación a servicios sociales, policía, etc).
- 7. SUPUESTOS PERSONALES:** Se refiere a las creencias tácitas, asunciones o reglas que el sujeto utiliza para conceptualizar su realidad y así mismo, y que constituye el factor nuclear de vulnerabilidad personal.
- 8. ESQUEMAS TEMPRANOS:** Se refiere a asunciones o supuestos relacionados con el Supuesto Central del problema y que se generaron en épocas tempranas de la vida del sujeto.

### 4. LA PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES:

Otra de las características diferentes de la C.T de Beck respecto a otras terapias es la programación del contenido de las sesiones. La preparación de las llamadas "Agendas" (p.e Harrison, 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico. Se debe de tener en cuenta que la duración media de la C.T es de una media de 10 a 20 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una (aunque en problemas clínicos más severos como los trastornos de personalidad y la esquizofrenia se pueden emplear 80 y más sesiones; p.e Perris, 1988; Freeman, 1988).

Estas sesiones suelen tener una frecuencia semanal de media hora. La confección de la "agenda del día" suele ser comentada con el paciente en los primeros minutos

de la sesión, estableciendo ambos un contenido apropiado para el tiempo disponible (Beck, 1979; Harrison y Beck, 1982). Vamos a presentar uno de los registros de "Notas terapéuticas" usados para la recogida de información de cada sesión (Harrison y Beck, 1982): (Fig.13).

**- NOTAS TERAPÉUTICAS - (Fig.13)**

PACIENTE:	FECHA:	SESIÓN Nº
Datos objetivos (BDI, EAZ, etc.):		
Plan para esta sesión:		
Agenda:		
Sumario narrativo (Continuar por detrás si es necesario):		
Tareas para casa:		
Otros datos (Medicación, contactos telefónicos, contactos colaterales, etc):		

También presentamos una adaptación de la estructura general de una sesión en la C.T (Fig.14) y de la programación general de las sesiones (una a una) de una C.T de 10 sesiones media (Fig.15) (Beck, 1976, 1979; Harrison y Beck, 1982; A. Maldonado, 1990):

**- ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN C.T - (Fig.14)**

**I. Fase inicial:**

- 1- Establecer el rapport: empezar y acabar positivamente.
- 2- Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
- 3- Valorar la evolución de los problemas (p.e BDI)
- 4- Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
- 5- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

**II. Fase de desarrollo:**

- 1- Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
- 2- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
- 3- Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).



### III. Fase terminal:

- 1- Programar trabajo para casa: tareas como "pruebas de realidad" para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- 2- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

## DSM 5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría es una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos. Con las ediciones sucesivas en los últimos 60 años, se ha convertido en una referencia habitual para la práctica clínica en el campo de la salud mental. Ya que no es posible una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes en la mayor parte de los trastornos mentales, es importante destacar que los criterios diagnósticos actuales son la mejor descripción que existe sobre cómo se presentan los trastornos mentales y cómo pueden los clínicos reconocerlos. El DSM pretende servir de guía práctica, funcional y flexible para organizar la información que pueda ayudar en el diagnóstico preciso y el tratamiento de los trastornos mentales.

Es un instrumento para los clínicos, una fuente educativa fundamental para los estudiantes y una referencia para los investigadores en este campo. Aunque esta edición del DSM se diseñó en primer lugar y ante todo como guía útil para la práctica clínica, al ser una nomenclatura oficial puede ser aplicable en una gran variedad de contextos. El DSM lo han utilizado clínicos e investigadores de orientaciones diferentes (biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal, familiar /sistémica) que procuran utilizar un lenguaje común para comunicar las características fundamentales de los trastornos mentales de sus pacientes. La información es valiosa para todos los profesionales relacionados con los distintos aspectos de la atención de salud mental, como psiquiatras, otros médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, consejeros, especialistas forenses y legales, terapeutas ocupacionales y rehabilitadores, y otros profesionales de la salud.

**Breve historia** La APA publicó en 1844 un predecesor del DSM: una clasificación estadística de los pacientes mentales institucionalizados. Se diseñó para mejorar la



comunicación sobre los tipos de pacientes atendidos en los hospitales. Este precursor del DSM también se utilizó como parte del censo completo de Estados Unidos. Después de la II Guerra Mundial, el DSM evolucionó a lo largo de cuatro ediciones hacia un sistema de clasificación de diagnósticos, dirigido a psiquiatras, otros médicos y otros profesionales de la salud mental, que describía las características esenciales de todos los trastornos mentales. La edición actual, el DSM-5, se ha construido con el objetivo de sus predecesores (el más reciente, el DSM-IV-TR, o Texto Revisado, publicado en 2000): el de proporcionar directrices diagnósticas capaces de fundamentar las decisiones terapéuticas y asistenciales

**Utilización del manual** La introducción contiene bastante información sobre la historia y el proceso de desarrollo de la revisión del DSM-5. Esta sección se ha diseñado como guía práctica para la utilización del DSM-5, en particular, en la práctica clínica. El objetivo principal del DSM-5 consiste en ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo.

Los síntomas que se incluyen en cada uno de los conjuntos de criterios diagnósticos no constituyen una definición integral de los trastornos subyacentes, que abarcan todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos y son bastante más complejos de lo que se puede explicar en estos breves resúmenes. Lo que se pretende es más bien que sea un resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apuntan hacia el trastorno de base, con la historia evolutiva característica, sus factores de riesgo biológico y ambientales, sus correlaciones neuropsicológicas y fisiológicas, y su curso clínico típico.

### **Abordaje para la formulación del caso clínico**

La formulación del caso de cualquier paciente debe incluir una historia clínica detallada y un resumen detallado de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a la aparición de determinado trastorno mental. Es decir, para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Aunque la comprobación sistemática de la presencia de estos criterios y de la forma en que los presenta cada paciente garantiza una evaluación más fiable, la gravedad relativa y la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico, requieren un juicio clínico.

Los síntomas de nuestros criterios diagnósticos forman parte de un repertorio relativamente limitado de respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas, que generalmente se mantienen en un equilibrio homeostático, sin interrupción, en condiciones normales. Se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad. El objetivo final de la

redacción de la historia clínica radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico para elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo. Sin embargo, las recomendaciones para la selección y la utilización de las opciones de tratamiento más adecuadas para cada trastorno sobre la base de la evidencia científica superan los límites de este manual.

Aunque los criterios de diagnóstico de los distintos trastornos, que se incluyen en la Sección II, son fruto de décadas de esfuerzo científico, es bien sabido que este conjunto de categorías diagnósticas no puede describir con absoluto detalle toda la gama de trastornos mentales que pueden experimentar los individuos y presentarse a diario ante cualquier médico en cualquier parte del mundo. El abanico de interacciones genéticas y ambientales, que a lo largo del desarrollo humano han afectado a su función cognitiva, emocional y comportamental, es prácticamente ilimitado.

En consecuencia, es imposible abarcar absolutamente toda la psicopatología en las categorías de diagnóstico que se están utilizando ahora. Por eso es necesario incluir las opciones de "otros especificados/no especificados" para aquellos cuadros que no se ajustan exactamente a los límites diagnósticos de los trastornos de cada capítulo. A veces, en la sala de urgencias sólo será posible identificar los síntomas más destacados asociados a un capítulo concreto (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, manías, depresión, ansiedad, intoxicación por sustancias o síntomas neurocognitivos) y que provisionalmente se definirán como un trastorno "no especificado" de esa categoría, a la espera de poder hacer un diagnóstico diferencial completo.

### **Elementos de un diagnóstico**

**Criterios diagnósticos y elementos descriptivos** Los criterios diagnósticos se plantean como directrices para establecer un diagnóstico y su utilización debe estar presidida por el juicio clínico. Las descripciones en forma de texto del DSM-5, incluidas las secciones introductorias de cada capítulo, pueden ayudar a cimentar el diagnóstico (p. ej., aportando diagnósticos diferenciales o detallando mejor los criterios en el apartado "Características diagnósticas"). Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere más adecuados. Hay que citar los especificadores de la gravedad y del curso para definir el estado actual del individuo, pero sólo cuando se cumplan todos los criterios.

Si no se cumplen todos los criterios, el clínico deberá considerar si la presentación de los síntomas cumple los criterios para poder ser denominada "otra especificada" o "no especificada". Siempre que sea posible se indicarán los criterios específicos para definir la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderado, grave, extremo), sus características descriptivas (p. ej., con introspección buena o aceptable, en un entorno controlado) y su curso (p. ej., en remisión parcial, en remisión total, recidiva). En función de la entrevista clínica, las descripciones del texto, los criterios

y el juicio clínico se hace el diagnóstico final. El acuerdo general del DSM-5 es permitir que se asignen múltiples diagnósticos a los cuadros que reúnan los criterios de más de un trastorno del DSM-5.

### **Subtipos y especificadores**

Se indican subtipos y especificadores (algunos codificados en el cuarto, quinto o sexto dígito) para incrementar la especificidad. Los subtipos se definen como subgrupos fenomenológicos del diagnóstico, mutuamente exclusivos y en conjunto exhaustivos, y se indican con la instrucción "especificar si" dentro del conjunto de criterios. Por el contrario, los especificadores no pretenden ser mutuamente exclusivos o en conjunto exhaustivos y, en consecuencia, se puede citar más de un especificador. Los especificadores se indican con la instrucción "especificar" o "especificar si" dentro del conjunto de criterios.

Los especificadores ofrecen la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de individuos que sufren el trastorno y comparten determinadas características (p. ej., trastorno mayor de depresión con características mixtas), y aportan información relevante para el tratamiento del trastorno del individuo, como la especificación "con otra comorbilidad médica" en los trastornos del sueño y la vigilia. Aunque a veces se asigna un quinto dígito para codificar un subtipo o un especificador (p. ej., 294.11 [F02.81] trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento), o la gravedad (296.21 [F32.0] trastorno depresivo mayor, episodio único, leve), la mayoría de los subtipos y especificadores que se incluyen en el DSM-5 no se pueden codificar con los sistemas CIE-9-MC ni CIE-10-MC; por eso se indican solamente incluyendo el subtipo o el especificador tras el nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad social [fobia social], tipo de actuación).

### **Diagnóstico principal**

Cuando un paciente hospitalizado recibe más de un diagnóstico, el diagnóstico principal es la afección que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente. Cuando un paciente ambulatorio recibe más de un diagnóstico, el motivo de la visita es la afección fundamental responsable de la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita. En la mayoría de los casos, el diagnóstico principal o el motivo de la visita también es el principal foco de atención o de tratamiento. Con frecuencia es difícil (y a veces arbitrario) determinar cuál es el diagnóstico principal o el motivo de la visita, especialmente cuando un diagnóstico relacionado con una sustancia, como por ejemplo el trastorno por consumo de alcohol, viene acompañado de otro diagnóstico que no tiene relación con ninguna sustancia, como la esquizofrenia. En este ejemplo se pueden tener dudas a la hora de decidir qué diagnóstico debe ser considerado "principal" en un individuo hospitalizado con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, pues ambas afecciones pueden haber contribuido por igual a la necesidad de ingreso y de tratamiento.

El diagnóstico principal debe citarse en primer lugar y el resto de los trastornos se citan por orden de necesidad de atención y tratamiento. Cuando el diagnóstico principal o el motivo de la visita es un trastorno mental debido a una afección médica (p. ej., un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, un trastorno psicótico debido a un cáncer de pulmón), las reglas de codificación de la CIE indican que la etiología de la afección médica se debería citar en primer lugar. En ese caso, el diagnóstico citado en segundo lugar sería el trastorno mental debido a la afección médica, que correspondería al diagnóstico principal o al motivo de la visita. En la mayoría de los casos, el trastorno citado como diagnóstico principal o motivo de la visita va seguido de una frase calificativa "(diagnóstico principal)" o "(motivo de la visita)".

### **Diagnóstico provisional**

El especificador "provisional" se puede utilizar cuando existe una fundada suposición de que al final se cumplirán todos los criterios de un trastorno, aunque en el momento de establecer el diagnóstico no exista información suficiente para considerarlo definitivo. El clínico puede indicar la incertidumbre anotando "(provisional)" después del diagnóstico. Por ejemplo, este diagnóstico se puede utilizar cuando un individuo que parece sufrir un trastorno depresivo mayor no es capaz de dar información adecuada para la anamnesis y, por lo tanto, no se puede confirmar si cumple todos los criterios. Otro uso del término provisional se aplica a las situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración superior a un mes e inferior a seis meses, y por eso sólo se puede aplicar provisionalmente mientras no se haya alcanzado la remisión.

# SECCIÓN II

## Criterios y códigos diagnósticos

Trastornos del neurodesarrollo .....	31
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos .....	87
Trastorno bipolar y trastornos relacionados .....	123
Trastornos depresivos .....	155
Trastornos de ansiedad.....	189
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados .....	235
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	265
Trastornos disociativos .....	291
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados .....	309
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos .....	329
Trastornos de la excreción .....	355
Trastornos del sueño-vigilia .....	361
Disfunciones sexuales .....	423
Disforia de género .....	451
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta .....	461
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos .....	481
Trastornos neurocognitivos .....	591
Trastornos de la personalidad .....	645
Trastornos parafílicos .....	685
Otros trastornos mentales .....	707
Trastornos mentales inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos .....	709
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica .....	715

Activar  
Ir a Config



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

**Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta. edición dsm-5, Editorial Médica Panamericana**

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

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

**MANUAL DE PSICOTERAPIA COGNITIVA Juan José Ruiz Sánchez y Justo José Cano Sánchez**