



ANTOLOGÍA PSICOLOGÍA

NOVENO CUATRIMESTRE

Dra. Laura Blasí

ANTOLOGÍA DE PSICOLOGÍA

UNIDAD I

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA CLINICA

En esta unidad se revisaran la definición y las características de la psicología clínica y la aplicación de la misma para entender y ayudar a los individuos que experimentan problemas de salud mental.

¿QUÉ ES LA PSICOLOGIA CLINICA?

La psicología clínica es una rama de la psicología que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOLOGIA CLINICA

Los **psicólogos clínicos** son profesionales de la psicología especializados en salud mental. Su objetivo principal es restaurar el equilibrio psicológico del paciente mediante la evaluación, el diagnóstico, la prevención y la intervención terapéutica.

El psicólogo clínico se encarga de diagnosticar trastornos psicológicos, utilizando sus conocimientos en psicología para evaluar las necesidades, habilidades y comportamientos del paciente. Su intervención también puede incluir terapia con familias e intervención coordinada con otros profesionales.

Los pacientes pueden acudir a los equipos de salud mental y servicios de psicología.

Los psicólogos clínicos utilizan sus evaluaciones para identificar:

- La naturaleza del problema.

- La idoneidad del tratamiento.
- El tipo de tratamiento requerido.

EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

Se hace para verificar las facultades de pensamiento de una persona y determinar si cualquier problema está mejorando o empeorando. También se denomina examen o prueba neurocognitiva.

Un proveedor de atención médica hará muchas preguntas. El examen puede llevarse a cabo en la casa, en un consultorio, en un asilo de ancianos o en un hospital. Algunas veces, un psicólogo con formación especial hará exámenes más detallados.

Los exámenes más comunes utilizados son Mini Examen del Estado Mental (MMSE, por sus siglas en inglés) o examen de Folstein, y la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA, por sus siglas en inglés).

La evaluación de la apariencia general y la conducta incluye observaciones de la vestimenta del cliente, su postura, su modo de andar, sus gestos y su higiene y cuidado personal. Los síntomas de algunos trastornos pueden observarse directamente en la conducta durante la primera entrevista

ENTREVISTA CLINICA EN PSICOLOGIA

La entrevista dirige una meta y tiene un propósito.

El entrevistador empieza a interactuar con su cliente cuando tiene una idea clara de lo que debe lograrse en el curso de la interacción y con un plan o formato para lograr esos objetivos.

Se tienen 3 metas principales: recabar información, llegar a un diagnóstico y establecer una relación con el cliente.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Decidir que se va a evaluar
- Determinar los objetivos de evaluación
- Selección de estándares para la toma de decisiones
- Obtención de los datos de evaluación
- Toma de decisiones

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico clínico se basa en las evaluaciones hechas mediante la entrevista psicológica, habiendo conocido al paciente y su problema central, para poder ayudar a darle solución.

UNIDAD II

CONDUCTA

La conducta hace referencia al comportamiento de las personas. En el ámbito de la psicología se entiende que la conducta es la expresión de las particularidades de los sujetos, es decir la manifestación de la personalidad. Es por ello el concepto hace referencia a los factores visibles y externos de los individuos.

Se entiende que hay tres factores que la regulan o influyen la conducta, estos son:

- **Fin.** En primer lugar el fin. Es a partir del objetivo del comportamiento que la conducta adquiere un sentido y da lugar a una interpretación.
- **Motivación.** En segundo lugar se encuentra la motivación, es decir que la conducta posee algo que la moviliza.

- **Causalidad.** La conducta también posee o se produce por una causa determinada.

Además se considera que existen dos elementos más que dirigen la conducta, ellos son los elementos de la sociedad y el ambiente, y los elementos biológicos.

- **Elementos del ambiente.** En el primer caso se hace referencia al medio en el que el sujeto se encuentra inmerso, tanto en relación con el ambiente físico, como social, incluyendo las instituciones que lo conforman. En otras palabras solo se hace referencia a los factores externos.
- **Elementos biológicos.** Vinculado con las cuestiones genéticas que son determinantes en el proceso biológico. Es decir poseen un carácter interno. Además se le pueden sumar otros factores como la alimentación o los meses de gestación en el vientre materno. Es por ello que la base de la conducta humana se relaciona tanto con la parte psicológica como con la fisiológica de las personas, de manera complementaria.

Se entiende que las personas poseen distintas conductas, definiendo en este caso a la conducta como una reacción. **La diversidad de las conductas se debe a que los individuos desean distintos fines**, se hallan en diversas circunstancias y son diferentes como personas. De esta manera queda expuesto que la conducta responde al fin, al estímulo y el momento preciso en que se encuentra el sujeto.

CONDUCTA NORMAL Y ANORMAL

Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos. Hay dos series de criterios, los generales y los específicos. Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a usar deben de reunir tres condiciones:

- ✓ Que los signos sean fácilmente observable por la persona promedio, que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.

- ✓ Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado. - Los criterios deben de ser no culturales ya que las características esenciales de la conducta son iguales en todas las culturas.

Criterios generales. Lo que caracteriza a todos los criterios generales es que son unos criterios muy amplios, y precisamente porque son muy amplios son menos útiles.

- Normalidad como salud, evalúa como normal la ausencia de síntomas, por lo tanto existía una anormalidad con la presencia de síntomas. El problema básico y fundamental de este criterio es que no hay síntomas fijos, absolutos de anormalidad. Es decir, cualquier sentimiento, pensamiento y reacción que nosotros observamos es un paciente mental puede ser también observado en una persona normal. Generalmente de forma mas controlada, más moderada y socialmente más aceptable. Cualquier síntoma psicopatológico puede ser considerado normal si su forma de expresión es normal.

- Normalidad estadística, una interpretación de la norma se basa en el modelo estadístico que sostiene arbitrariamente como normal las reacciones usuales o típicas de la gran mayoría de la población, las reacciones inusuales o atípicas van a ser consideradas como anormales independientemente de su cualidad. La mayor parte de los aspectos del ser humano se ajustan a una distribución normal (curva de distribución normal) es decir, que para la mayor parte de la población la dispersión de una característica completa es relativamente limitado.

Criterios específicos. Son un intento de especificar lo que es una conducta normal y una anormal. Hay criterios específicos que se manejan de forma conjunta, no son independientes entre sí.

1. Eficacia del funcionamiento psicológico, datos experimentales y clínicos confirman que la severidad del déficit psicológico y la psicopatología correlacionan de forma positiva. Cuanto más grave /

intenso es el deterioro psicológico más grave es la psicopatología. Las funciones psicológicas que se evalúan son las inherentes al ser humano, es decir, son la atención, la percepción, razonamiento, aprendizaje, memoria, comunicación y la afectividad básicamente. Desde este punto de vista, personas con un trastorno mental no significa que carezcan de la capacidad de pensar, sino que está deteriorada esa capacidad nada más.

2. Eficacia del funcionamiento social, la base de este criterio está en la relativa incapacidad de la persona para en primer lugar estar eficazmente conformado con el modelo cultural, y en segundo lugar evitar comprometerse en acciones que difieren de forma drástica de la norma cultural. Se usa el criterio para describir la forma básica de incapacidad de comprometerse a unas acciones. Los principales signos de un funcionamiento social defectuoso incluirían en primer lugar la falta de control sobre los impulsos agresivos, la excesiva desconfianza y recelo con respecto a los otros, en tercer lugar la comunicación incoherente, en cuarto lugar la irresponsabilidad, en quinto lugar tendencias autodestructivas y por último el egocentrismo (interés por uno mismo).
3. Grado de autocontrol consciente, el deterioro del autocontrol consciente es el criterio aislado más decisivo en psicopatología. De los cinco criterios el más determinante para determinar la normalidad o anormalidad será este criterio. El saber controlar nuestros impulsos de rabia, ira,... Es un signo de autocontrol, de salud mental.
4. Evaluación social, la presencia y severidad de un funcionamiento psicosocial defectuoso e incontrolado puede advertirse en primer lugar por la observación directa de la conducta del sujeto, en segundo lugar por los datos que nos proporcionan y en tercer lugar por los informes y entrevistas y la historia del caso. Mediante el uso de test estandarizados podemos expresar en términos cuantitativos el grado de desviación o deterioro de una función específica.

SALUD MENTAL

La salud mental al igual que la salud física es un estado relativo y por lo tanto difícil de definir. Que la salud mental es un estado relativo significa que las personas con un diagnóstico de trastorno mental pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas. A su vez las personas que denominamos mentalmente sanas también pasan por periodos en los que puede haber una presencia de sintomatología psicopatológica. Cada profesional resalta diferentes aspectos de lo que es salud mental.

Meninger, define salud mental como la adaptación o ajuste del ser humano a su entorno y a él mismo con el máximo de efectividad y felicidad. Está basado en el concepto de adaptación del individuo.

Freud, define salud mental como la capacidad de trabajar y de amar.

Jahoda, define la salud mental debe reunir los siguientes requisitos:

- ausencia de enfermedad.
- tener una conducta normal.
- tener un ajuste interno.
- una adaptación al medio.
- tener una correcta percepción de la realidad.

Castila de Pino, habla de salud mental en términos de equilibrio entre los diferentes polos del self (concepto de sí mismo). Tiene que existir una congruencia entre el concepto de unos mismo, congruente con el concepto que los demás tienen de mí y con el concepto que yo creo que los demás tienen de mí. La salud mental se define como un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar de forma adecuada en la sociedad a la que pertenece y cuyas características y rendimientos personales son satisfactorias para él.

PATOLOGIAS AFECTIVAS: SIGNOS Y SINTOMAS

1- DEPRESIÓN.

Tiene una doble afección desde el punto de vista psicopatológico es un trastorno mental, en segundo lugar, puede ser entendido como un síntoma que puede aparecer en otros trastornos mentales. Es una disminución del tono afectivo general de la persona, sería una hipotimia. Tipos: • Endógena, tristeza sin motivo o causa aparente. • Reactiva, reacción de tristeza ante una situación o estímulo externo identificable. Para que la tristeza sea considerada como patológico tiene que ser una tristeza desproporcionada en intensidad y duración con respecto al estímulo desencadenante. La depresión suele ir acompañada a otras sintomatologías como son:

- Hipobulia.
- Hipolinesia.
- Bradisiquia.
- Anherdonia.

Esta última consiste en una pérdida en la capacidad de experimentar placer en los actos que la producen.

2.- EUFORIA O MANIA.

Síntoma contrario al de la depresión y consistiría en la exaltación exagerada del tono afectivo que aparentemente no tiene ninguna motivación. La euforia y la depresión son dos síntomas que generalmente forman parte de un mismo esquema en el sentido de que son dos estados que suelen alterarse. Cuando se alteran se ajustarían al denominado trastorno maniaco depresivo, que en la actualidad se llama trastorno bipolar, que consiste en pasar de una exaltación exagerada del ánimo a una disminución.

3.- DISTIMIAS.

Consisten en variaciones bruscas de la afectividad y estas variaciones no tienen ninguna correlación con estímulos ambientales. Es característico de las demencias y esquizofrenias.

4.- EMBOTAMIENTO AFECTIVO O POBREZA AFECTIVA.

Consiste en que la persona carece de componente afectivo, hay una ausencia en cuanto a la expresividad emocional. Es un sujeto inconsciente y frío. Es característico de la esquizofrenia.

5.- LABILIDAD EMOCIONAL O AFECTIVA.

Que consiste en una inestabilidad del tono afectivo debido a razones ambientales que lo provocan. La labilidad emocional es un rasgo del carácter que se da en personas muy influenciables con una carencia de autenticidad afectiva.

6.- AMBIVALENCIA AFECTIVA.

Consiste en la experiencia de dos sentimientos contrapuestos hacia el mismo objeto y de manera simultánea.

7.- ANGUSTIA (FISICA-ORGANICA). Se define como un miedo sin objeto, sin causa aparente. Un miedo indefinido, no objetivo que mantiene a la persona en un estado de tensión constante "de que algo malo va a ocurrir". La angustia se definiría como correlato... psicosomático de la ansiedad. Los signos más comunes de la angustia son:

- Aumento FC.
- Aumento FR.
- Sensación de disnea.
- Ahogamiento.
- Sequedad de boca.
- Temblores.
- Vómitos.

- Poliuria.
- Sudoración.
- Sensación de nudo en el estómago.
- Cambios vasomotores con sensación de sofocos...

8.- INCOHERENCIA AFECTIVA (PARATIMIA).

Es un síntoma psicótico que consiste en que ante un acontecimiento cualquiera el sujeto reacciona con una emoción o afecto desconexionado con la acción que lo genera. Se detecta por una falta de control sobre las emociones por parte del paciente.

PATOLOGIAS NEUROTICAS: SIGNOS Y SINTOMAS

Algunas de las patologías anteriormente mencionadas también entran dentro de la clasificación de patologías neuróticas, lo importante en este cuatrimestre es saber identificar los síntomas de las patologías para su preciso diagnóstico y buen tratamiento que serían las terapias psicológicas, para cada patología.

Las más comunes son las fobias, que causan un temor patológico intenso y persistente a un objeto o situación particulares que no guarda proporción con el riesgo real (exageración). Dicho temor puede causar múltiples signos y síntomas dependiendo en la persona que se presente, por ejemplo, sudoración fría, sudoración de manos o pies, taquicardia, síncope, temblor fino de manos, temblor generalizado, tics, síncope, incluso hasta estado de shock.

UNIDAD III

INTRODUCCION AL TRATAMIENTO PATOLOGICO

TERAPIA SOMATICA

La Terapia Génica es una metodología que aborda la inserción de material genético en un individuo para tratar una enfermedad ya sea de forma directa (in vivo) o indirectamente, a través del uso de células como vehículo de liberación (ex vivo). La aplicación de este procedimiento conlleva la aparición de riesgos, por lo cual ha despertado un gran dilema ético. Hasta el momento, en humanos, solo se ha practicado la terapia somática y a pesar de que se ha avanzado considerablemente en las investigaciones y ensayos, aún existen problemas que limitan su uso. Tal es el caso del empleo de vectores virales que pueden causar inflamación y toxicidad en el tejido hospedero. La posibilidad de aplicación de la Terapia Génica depende de múltiples factores como son: tipo y patrón de herencia, tipo de mutación, tamaño del gen, control génico y tejido donde se manifieste la enfermedad. A pesar de las dificultades que aún se presentan, existe un consenso a favor de la aplicación de este procedimiento, siempre y cuando los beneficios sean mayores que los riesgos. La terapia germinal ha sido rechazada por muchos científicos porque sus ventajas no compensan los peligros asociados a la misma, además de que existen alternativas terapéuticas con el mismo potencial y que no comparten los mismos riesgos. Hasta el momento, se han realizado varios protocolos clínicos de Terapia Génica y los resultados han sido prometedores lo que posibilita la continuación de su aplicación en un futuro inmediato.

TERAPIA DE LA DEPRESION

Modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión Investigaciones realizadas en las últimas décadas señalan consistentemente que los acercamientos cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento de trastornos presentados por adolescentes como, por ejemplo, depresión, ansiedad o trastornos oposicionales (Bedrosian, 1981; Block, 1978; Barber & DeRubies, 1989; Clarke, Lewinsohn &

Hops, 1990; Compton et al., 2004; DiGiuseppe, 1988; Melvin et al., 2006; Schrodts & Wright, 1986; Schrodts & Fitzgerald, 1987; Snyder & White, 1979; Weisz, McCarty, & Valeri, 2004; Zarb, 1992). En su mayoría, los modelos terapéuticos utilizados con adolescentes son el resultado de adaptaciones de aquéllos diseñados para personas adultas. La terapia Cognitiva-Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones. Las primeras cuatro sesiones trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. A continuación, una descripción de los módulos señalados anteriormente.

Módulo I: Pensamientos (sesiones 1-4) (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo) El propósito principal de este módulo es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los/as participantes tengan muy claro este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca. La primera sesión introduce el tema de la depresión y se fomenta que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, la terapeuta presenta el propósito del primer módulo: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto pensamientos a través de ejemplos provistos por la terapeuta y el/la participante. En las próximas tres sesiones se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten la identificación de los errores de

pensamiento. El diseño de la tercera sesión cumple con el propósito de proveer 5 técnicas para aumentar los pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción a la sintomatología depresiva.

Módulo II: Actividades (sesiones 5-8) (Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo) El propósito principal de este módulo es que el/la adolescente logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo. En este módulo se trabaja con la relación entre la participación en actividades placenteras y la sintomatología depresiva experimentada. Se establece cómo la presencia de sintomatología depresiva puede limitar la participación en actividades placenteras, factor que, a su vez, aumenta la presencia de dicha sintomatología. Durante las sesiones se trabaja la definición de “actividades placenteras” y los obstáculos a los que se enfrentan para disfrutar de las mismas. De igual forma, este módulo contempla la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.

Módulo III: Relaciones Interpersonales (sesiones 9-12) (Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo) Las sesiones que componen este módulo introducen la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este módulo van integrando los temas de los módulos anteriores. La terapeuta examina, junto a el/la joven, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias. El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo.

Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y las fortalezas. Se discuten recomendaciones, tanto con el/la joven, como con sus padres. Este manual ha sido utilizado como parte de una investigación sobre el

tratamiento de la depresión en adolescentes puertorriqueños/as auspiciada por el Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) y el Fondo Institucional para la Investigación (FIPI) de la Universidad de Puerto Rico. Los resultados preliminares de esta investigación sostienen que el tratamiento Cognitivo-Conductual es efectivo en reducir la sintomatología depresiva en adolescentes puertorriqueños/as.

TERAPIA DE LA MANIA

La manía más conocida y más común de presentarse es el trastorno bipolar, y a pesar de la farmacoterapia, tratamiento esencial del trastorno bipolar I, un porcentaje importante de pacientes experimenta nuevos episodios afectivos. La terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal y ritmo social y la terapia familiar focalizada, lo mismo que la psicoeducación, enfoques psicosociales útiles en el tratamiento del trastorno bipolar, comparten el énfasis en el empoderamiento del paciente para convertirlo en participante activo de su tratamiento. La adición de la TCC al tratamiento tiene como objetivos aliviar los síntomas depresivos, restablecer el funcionamiento psicosocial y prevenir la aparición de nuevos episodios afectivos. Aunque la investigación es limitada, en este trabajo se describen las bases teóricas y los estudios empíricos que avalan el uso de la TCC como una intervención psicosocial indispensable.

En las Guías de Tratamiento del Trastorno Bipolar de la Asociación Psiquiátrica Americana se mencionan a la TCC, la terapia familiar focal y la terapia interpersonal y ritmo social, dentro del armamentarium psicoterapéutico. En la versión revisada no oficial de estas guías se describe la utilidad de la terapia familiar focalizada sobre los síntomas (menos recaídas y períodos mayores de estabilidad y en la adherencia al tratamiento) y de la TCC para disminuir el número de recaídas, la duración de los episodios y la necesidad de hospitalización. Antes de iniciar la descripción y análisis de la TCC, es necesario apuntar que Freud hizo referencia al trastorno bipolar, de forma muy breve, en Duelo y Melancolía. Para este autor, el origen de los episodios de manía y melancolía (depresión) se debían a un mismo conflicto intrapsíquico inconsciente originado durante el desarrollo del individuo. En la melancolía el

conflicto se manifiesta de forma directa: la pérdida del objeto experimentado como abandono, genera hostilidad. El Ego no puede dirigir ese impulso agresivo hacia el objeto perdido, prefiere re-direccionarlo hacia sí mismo, originándose así los síntomas de la depresión; en la manía el fenómeno se encubre manifestándose por el fenómeno opuesto, una energía desbordante.⁹ Sin embargo, a pesar de que han transcurrido cien años desde esa propuesta, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicodinámicas, ya sean en forma de psicoanálisis clásico (reestructuración de la personalidad) o de psicoterapia psicodinámica (comprensión a través del insight del origen de los síntomas) por medio de la interpretación, la elaboración del conflicto patógeno y la comprensión consciente de los conflictos inconscientes, no ha sido estudiada apropiadamente y por ello tampoco se ha probado su utilidad.

La TCC es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados, creada por Aaron Beck hace cerca ya de 50 años. Inicialmente propuesta para el tratamiento de la depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. Aunque su marco teórico es totalmente psicológico, esta psicoterapia es completamente compatible con las teorías y terapéuticas biológicas. La intervención cognitivo conductual adicional genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente.

La TCC se basa en el modelo cognitivo en donde la interpretación de los eventos influye sobre las emociones y los comportamientos de la persona; los sentimientos y las conductas dependen de la forma en que las personas interpretan las situaciones. Para la TCC el trastorno bipolar consiste en un círculo vicioso en el que los síntomas depresivos producen cambios en la cognición y en el comportamiento, dando lugar a mal funcionamiento con los consecuentes problemas psicosociales. El incremento en el nivel de estrés dará lugar a nuevos episodios sintomáticos, depresivos o maníacos. Un modelo cognitivo más complejo incluye a los factores biológicos, diátesis, heredabilidad o predisposición genética, del trastorno bipolar,

en interacción constante con los eventos de la vida; los mecanismos de afrontamiento del paciente no son lo suficientemente fuertes y adaptativos debido a su estilo de interpretación (cognitivo) tornándolo vulnerable a recaer y a presentar nuevos episodios afectivos. La TCC modifica los elementos cognitivos, conductuales y afectivos ayudando así al paciente al manejo de su enfermedad, retrasando o deteniendo su progresión. La TCC, al igual que otras formas de psicoterapia para el trastorno bipolar, comienza con la psicoeducación acerca de este padecimiento y la manera en que los factores ambientales y los pensamientos (cogniciones) y comportamientos del paciente afectan el curso de la enfermedad. Son varios los fines de incluir esta parte psicoeducativa dentro del marco de la TCC:

1. Si el paciente conoce las manifestaciones de la fase depresiva y maníaca del trastorno bipolar puede desarrollar la capacidad de detectar tempranamente los síntomas. La emergencia de síntomas subclínicos de manía y depresión indican la recurrencia o la recaída. La TCC además permite establecer un plan de acción para tratar de evitarlos o de contender con los nuevos episodios.

2. Si conoce la evolución del trastorno bipolar y la utilidad de los fármacos para detener los ciclos puede mejorar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. Entre un 40% y un 60% de los pacientes no cumplen adecuadamente con su esquema terapéutico. La TCC permite identificar las razones de la no adherencia y entonces desarrollar estrategias para superar esos obstáculos.

Las estrategias conductuales siguen dos lineamientos fundamentales:

- 1) Adicionar comportamientos positivos

- 2) para lograr que las cosas vayan bien, primero hay que evitar que empeoren.

Por ello se recomienda aumentar el nivel de actividad del paciente, al principio hacer lo que pueda o lo que es indispensable hacer, sin forzarse y evitando la culpa por la inercia, para posteriormente asignar tareas progresivamente mayores.

Vale la pena empezar con las denominadas lista A y lista B. En la lista A se incluye lo que es necesario realizar ese día; en la lista B las actividades que no son prioritarias. También deben evitarse los factores que puedan empeorar a la depresión. Por ejemplo, deben corregirse la ausencia de actividades agradables, la falta de trato con personas que estiman al paciente pero también la exposición a estímulos negativos, como noticieros, música y películas tristes, alternar con otras personas deprimidas o con aquellas que hacen comentarios críticos o desagradables, y escuchar acerca de problemas económicos. También es indispensable restablecer el patrón de sueño (dormir ocho horas y no desvelarse).¹

TERAPIA DE LA PSICOSIS

Dentro de la intervención temprana en psicosis han sido llevados a cabo dos tipos de investigaciones: aquellas centradas en los primeros episodios psicóticos y aquellas que se dirigen hacia los signos tempranos o prodrómicos de la psicosis. La COPE (Cognitively-Oriented Psychotherapy for Early-Psychosis) es un tipo de terapia centrada en los primeros episodios psicóticos que se encuadra dentro del programa EPPIC, de detección e intervención temprana en psicosis llevado a cabo en Melbourne, Australia. La COPE es una terapia con origen en la metateoría del constructivismo pero que utiliza técnicas derivadas de la terapia cognitiva. A diferencia de los TCC que hemos visto hasta ahora, la COPE no tiene como objetivos per se los síntomas positivos de la psicosis, delirios y alucinaciones, basándose en el hecho real de que en los primeros episodios psicóticos un elevado porcentaje de pacientes responde de manera efectiva a los psicofármacos, mejorando sus síntomas positivos. La COPE tiene como objetivo ayudar al paciente en su ajuste después del episodio psicótico, cuando sus síntomas positivos han sido ya reducidos considerablemente. La psicoeducación y determinadas técnicas cognitivas se utilizaron para discutir el estigma y estereotipo que el propio paciente tenía de su enfermedad. Adicionalmente, se utilizaron también la técnicas cognitivas y conductuales necesarias para los problemas secundarios emergentes como la depresión y la ansiedad social. Para evaluar este tipo de intervención, se eligieron 80 pacientes con su primer episodio psicótico, con diagnósticos muy heterogéneos

(esquizofrenia, manía, depresión, psicosis sin especificar). 44 pacientes recibieron el programa integrado en la COPE, más el manejo de caso (“case management”) y el tratamiento rutinario con psicofármacos y seguimiento (grupo COPE). A otros 21 pacientes que rechazaron la COPE se les aplicó sólo el manejo de caso y el tratamiento rutinario (grupo “rechazo”), y por último a un grupo control de 15 pacientes sólo se les aplicó el tratamiento rutinario (grupo control). La evaluación se llevó a cabo mediante diversos instrumentos:

- Parámetros psicológicos: la Escala del Modelo Explicativo (Explanatory Model Scale), que mide la comprensión y creencias del paciente sobre su enfermedad, definiendo cinco dominios del modelo individual de enfermedad (etiología, tiempo y forma del desarrollo de los síntomas, patología, curso de la enfermedad y tratamiento); y la medida de I/SO (integración/retraimiento “sealing over”), que evalúa la adaptación individual a la enfermedad.

- Síntomas: se utilizó la BPRS, la SANS, la escala de depresión de Beck (BDI) (32), el índice general de síntomas (GSI) del SCL-90-R y la escala de calidad de vida (QLS) de Heinrichs y Hanlon. Los pacientes que recibieron la COPE tuvieron un número muy dispar de sesiones de tratamiento, por lo que se les dividió en dos subgrupos, aquellos con un número menor a 15 sesiones (n=17; 3,82 sesiones de media) y aquellos con 15 o más sesiones (n=27; 27,6 sesiones de media). La COPE consistía fundamentalmente en cuatro fases, evaluación, enganche terapéutico, mejora en la adaptación a la psicosis e intervención sobre los problemas mórbidos secundarios, que muchas veces se superponían entre sí.

La psicoeducación, el conocimiento de las deficiencias sociales por el propio paciente, el reconocimiento de sus estigmas y los problemas de motivación eran la base fundamental de la terapia. El resultado fue que hubo una significativa mejoría en los pacientes a los que se les aplicó la COPE con respecto al grupo control en cuanto a la adaptación individual a la enfermedad, medida por el I/SO, también en la comprensión y creencias del paciente sobre su enfermedad evaluadas por la escala del modelo explicativo, y en los síntomas negativos. También se obtuvo una mejoría significativa en la QLS, aunque esta fue tan solo evaluada después del

tratamiento y no antes. Un aspecto reseñable es que el grupo “rechazo” mejoró significativamente en las puntuaciones del BDI con respecto al grupo COPE al final del tratamiento. Tras este estudio preliminar, este mismo grupo de autores realiza un estudio controlado con 91 pacientes, integrados dentro del programa EPPIC, y que sufrían un primer episodio psicótico, utilizando condiciones y medidas similares a las señaladas anteriormente. De los 91 pacientes disponibles, 45 fueron seleccionados al grupo COPE (tratamiento COPE más cuidado rutinario EPPIC) y los 46 restantes constituyeron el grupo no-COPE (cuidado rutinario EPPIC). De los 45 pacientes que inicialmente conformaron el grupo COPE, 12 rehusaron recibir este tratamiento, quedando reducido a 33 pacientes. En este caso, los autores no encuentran una mejoría significativa del grupo de tratamiento COPE comparado con el no-COPE, en ninguna de las medidas para ninguno de los momentos temporales medidos (seguimiento tras 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento). Sin embargo, este estudio adolece de varias limitaciones significativas. Se trata de un estudio no aleatorizado, donde es posible que los pacientes recibieran un número menor de sesiones de las suficientes; la media de sesiones recibidas es 15,4 (mediana 10) mientras que en otros estudios similares se encuentran en torno a una media de sesiones de 18-21. Además, pese que el tratamiento COPE estaba manualizado, no estaba suficientemente protocolarizado, lo que pudo llevar a que algunos pacientes recibieran un tratamiento incompleto. Otro estudio desarrollado en el EPPIC seleccionó a sesenta y dos personas que se encontraban en la fase aguda de su primer episodio psicótico y que dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Los participantes completaron una entrevista inicial para determinar el diagnóstico, la corriente, la medicación, la sintomatología y el funcionamiento de la vida. Otras evaluaciones se llevaron a cabo a las 6 semanas, 12 semanas y 15 meses después de la línea base (es decir, 1 año después del tratamiento). Las siguientes variables demográficas y relacionadas con la enfermedad fueron evaluadas: sexo, edad, educación, estado civil, edad de aparición de la enfermedad, duración de la psicosis no tratada, hospitalizaciones, dosis de neurolépticos, y la recepción de terapia electroconvulsiva (TEC). La psicosis primaria o cualquier otra categoría diagnóstica en el eje I se evaluó

mediante la SCID (36). Para la valoración de los síntomas psicóticos positivos se utilizó la subescala de síntomas psicóticos de la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). La SANS se utilizó para evaluar los síntomas psicóticos negativos; y la SOFAS para la evaluación del funcionamiento Ocupacional y Social. Tras la evaluación inicial, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de las dos condiciones de tratamiento protocolizado: una condición de TCC llamada “Terapia cognitiva activa para la psicosis temprana” (“ACE”) o una condición de control llamada “Entablamiento de amistad”. Los resultados mostraron una tendencia notable de la ACE para mejorar los resultados (en términos de desaparición de los síntomas negativos y mayor funcionamiento en particular) a mitad de tratamiento y, en menor medida, al final del tratamiento. Sin embargo, respecto a la comparación entre tratamientos, ambos grupos mejoraron significativamente con el tiempo. ACE superó significativamente a Entablamiento de Amistad mediante la mejora del funcionamiento a la mitad del tratamiento, pero no mejoró los síntomas positivos o negativos. Más allá de la evaluación a mitad de tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en ninguna medida de resultado y en ingresos hospitalarios durante el seguimiento, lo que confirma que existe alguna evidencia preliminar de que ACE promueve una mejor recuperación temprana del funcionamiento aunque estos resultados deberían ser replicados en otros centros de investigación con muestras más amplias. Este mismo grupo de autores se evalúa la eficacia de la TCC en comparación con el tratamiento de rutina en la prevención de recaídas en pacientes tras un primer episodio psicótico. 82 pacientes en remisión de síntomas positivos tras un primer episodio de psicosis fueron incluidos en el estudio. Los pacientes fueron aleatorizados a las dos condiciones posibles de tratamiento: TCC o tratamiento de rutina. La TCC fue llevada a cabo siguiendo las fases manualizadas por el programa EPPIC y se dirigió a dos vertientes: individual y familiar. Las evaluaciones fueron realizadas por evaluadores ciegos y se llevaron a cabo las siguientes medidas: SCID, Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), escala BPRS, escala SANS, Escala de Evaluación de la adherencia a la medicación (MARS), Escala Wechsler de Inteligencia para adultos, Premorbid Adjustment Scale, the Social and Occupational

Functioning Assessment Scale, y una versión australiana de la World Health Organization Quality of Life Assessment-abbreviated version (WHOQOL-BREF). Para evaluar el consumo de sustancias utilizaron: WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening test y the Alcohol Use Disorders Identification test. También fueron recogidos el número de ingresos hospitalarios y la duración de estos. El análisis de resultados fue realizado teniendo en cuenta la línea base (inicio del tratamiento) y un periodo de seguimiento de 7 meses (finalización del tratamiento). Encontraron que la TCC era significativamente superior que el tratamiento rutinario en la reducción de las tasas de recaída así como en la prolongación del tiempo hasta la recaída. No encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a la adherencia a la medicación, mejora del funcionamiento social o de la calidad de vida, mostrando los dos grupos una mejoría significativa en la comparación inicio del tratamiento y seguimiento a los 7 meses. Asimismo, el grupo de TCC mostró en el seguimiento una mayor puntuación en la subescala SANS referida a la alogia, comparada con el tratamiento de rutina. Para estudiar el mantenimiento de los efectos a largo plazo de los programas de intervención temprana, se diseñó un estudio que evaluó los efectos diferenciales de un programa intensivo de intervención temprana respecto al tratamiento de rutina. Un total de 547 pacientes con un primer episodio de diagnóstico en el espectro de la esquizofrenia fueron incluidos. Se distribuyeron aleatoriamente a la condición de tratamiento intensivo (OPUS) o tratamiento rutinario. El tratamiento intensivo tuvo una duración de dos años y estuvo centrado en los siguientes elementos: tratamiento asertivo comunitario, terapia familiar y entrenamiento en habilidades sociales, teniendo como eje central el ofrecer un tratamiento individualizado e intensivo para cada paciente. El tratamiento farmacológico se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de guías clínicas para primeros episodios psicóticos, a dosis bajas y con antipsicóticos de segunda generación. Una vez transcurridos los dos años de intervención, los pacientes del grupo intensivo pasaban de forma gradual a recibir el tratamiento rutinario. Se realizaron evaluaciones al inicio del tratamiento y a los 1, 2 y 5 años tras el inicio del tratamiento, tomando como medidas comparativas de evaluación las registradas a los 2 y 5 años. Como medidas de

evaluación tomaron los síntomas psicóticos negativos y positivos (medidos a través de las escalas SANS y SAPS y el funcionamiento global (medido a través de la escala GAF). También hicieron evaluaciones secundarias del abuso de sustancias, las dosis de medicación y el uso de servicios médicos, síntomas depresivos, conductas suicidas, y situación laboral y de vivienda. Este grupo de autores encuentra que el tratamiento intensivo resulta significativamente más eficaz que el tratamiento de rutina en la evaluación realizada a los 2 años. Así, se mostró una mayor reducción de síntomas psicóticos negativos y positivos y abuso de sustancias, los pacientes tomaron dosis significativamente inferiores de antipsicóticos, el tiempo de estancia media hospitalaria fue inferior, y el funcionamiento global superior. Sin embargo, los beneficios obtenidos en la evaluación a los 2 años no se mantuvieron a los 5 años en casi todas las variables evaluadas. Así, los dos grupos no difieren en la evaluación a los 5 años en la reducción de síntomas psicóticos negativos y positivos, funcionamiento global, abuso de sustancias, depresión y conducta suicida. Si encontraron diferencias en cuanto al tiempo de estancia de las hospitalizaciones y al uso de hogares protegidos, a favor del grupo de intervención intensiva, mostrando estos una mayor adaptación a la vida fuera de las instituciones. Con el objetivo de comprobar si los resultados obtenidos a los 2 años de seguimiento se pudieran extender y mantener en el tiempo incrementando la duración de la intervención intensiva en el periodo crítico, este mismo grupo de autores ha diseñado un estudio en el que se comparan los efectos del tratamiento intensivo (OPUS) llevado a cabo durante 2 años con el mantenido durante 5 años. Habrá que esperar a la publicación de estos resultados para evaluar si el no mantenimiento de los efectos a largo plazo se debe a la necesidad de un tratamiento intensivo más prolongado o a otros factores. Con respecto a los grupos de investigación centrados en el concepto de pródromo y que tratan de identificar e intervenir sobre éstos con el objetivo de prevenir el comienzo de la enfermedad, uno de los primeros estudios realizados respecto a esta temática fue el llevado a cabo por McGorry. Se trata de una prueba aleatoria controlada de intervenciones designadas a reducir el riesgo de progresión al primer episodio de psicosis en una muestra de 59 pacientes con síntomas subclínicos. Para ello se

comparó la eficacia de una Intervención Basada en la Necesidad (IBN) frente a una Intervención Preventiva Específica (IPE). La IBN comprende psicoterapia de apoyo principalmente enfocada en cuestiones tales como las relaciones familiares, sociales y laborales. Los pacientes en este grupo no recibieron medicación antipsicótica, sino que recibían antidepresivos si presentaban depresión moderada o severa y benzodiacepinas si sufrían de insomnio. Por otro lado, la IPE comprende todos los elementos de la terapia anterior y dos componentes adicionales: administración de 1 o 2 mg. de Risperidona diariamente durante 6 meses y una TCC manualizada por los mismos autores, cuyos objetivos generales fueron el entendimiento de los síntomas experimentados, aprendizaje de estrategias de control de dichos síntomas y reducción del estrés asociado. Como medidas de evaluación se utilizaron la BPRS, la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos, la escala de Hamilton para la Depresión y Ansiedad, la Young Manía Scale, la Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Comprehensive Assessment of at-risk Mental Status, la Escala de Calidad de Vida y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global. Las evaluaciones se realizaron al finalizar el tratamiento (6 meses) y a los 6 meses de finalizarlo (12 meses tras el inicio). Los resultados indican que al final del tratamiento hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto al porcentaje de transición a la psicosis, observándose ventajas para el grupo IPE. Sin embargo, después de 6 meses de seguimiento estas diferencias no se mantuvieron significativas, aunque en los pacientes del grupo IPE la protección contra la progresión a la psicosis se extendió durante 6 meses después de retirar la administración de Risperidona.

TERAPIA DE LA ANSIEDAD

Las decisiones terapéuticas dependen de cuánto afecte el trastorno de ansiedad generalizada tu capacidad de desenvolverte en la vida diaria. Los dos tratamientos principales para el trastorno de ansiedad generalizada son la psicoterapia y los medicamentos. Posiblemente, lo más beneficioso para ti sea una combinación de ambos. Puede que sea necesario probar para descubrir cuáles tratamientos funcionan mejor para ti.

Conocida como «terapia conversacional» o «terapia psicológica», la psicoterapia consiste en el trabajo con un terapeuta para disminuir los síntomas de ansiedad. La

terapia cognitiva conductual es la forma más efectiva de la psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada.

En general, como un tratamiento a corto plazo, la terapia cognitiva conductual se centra en enseñar habilidades específicas para controlar directamente las preocupaciones y ayudarte a retomar gradualmente las actividades que evitas debido a la ansiedad. A través de este proceso, tus síntomas mejoran a medida que construyes sobre el avance inicial.

UNIDAD IV

TEORIAS Y MODELOS PSICOLOGICOS

Las distintas teorías psicológicas intentan describir distintos aspectos importantes sobre nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestro desarrollo cognitivo y nuestras motivaciones, entre otras muchas cuestiones. A continuación **puedes ver algunas pinceladas sobre las principales teorías psicológicas** que han ido esculpiendo lo que sabemos sobre la mente humana.

Teoría dualista cartesiana

La **teoría dualista de René Descartes** establece que la mente y el cuerpo son dos entidades de distinta naturaleza, que la primera tiene el poder de controlar a la segunda y que interaccionan entre sí en algún lugar del encéfalo.

Se trata, básicamente, de la transformación en teoría de un tipo de posición filosófica del dualismo, uno de cuyos mayores representantes es [Platón](#). A pesar de que la teoría del dualismo cartesiano ha sido desechada formalmente desde hace décadas, sigue adoptando nuevas formas y quedando implícita en el modo en el que se enfocan muchas investigaciones en psicología y neurociencias. De algún modo, se "infiltra" en el modo de pensar de muchos equipos de investigación sin que estos se den cuenta, por lo cual sigue siendo relevante a pesar de no ser válida.

Teoría de la Gestalt

La **teoría psicológica de la Gestalt** trata el modo en el que percibimos el mundo exterior a través de nuestros sentidos. A través de las leyes de la Gestalt, desarrolladas básicamente por psicólogos alemanes en la primera mitad del siglo XX, se refleja la manera con la que la percepción se realiza a la vez que dotamos de sentido a lo percibido, y no una cosa después de la otra.

Teoría conductista del estímulo-respuesta

Los investigadores de la psicología conductista que se apoyaban en el **condicionamiento operante** de **B. F. Skinner** defendían la idea de que los aprendizajes que realizamos dependen del modo en el que ciertas conductas quedan más o menos reforzadas por estímulos agradables o desagradables justo después de que este comportamiento haya sido realizado.

Esta teoría fue puesta en duda por **Edward Tolman**, que a mediados del siglo XX demostró que el aprendizaje se podía realizar aunque no se premiasen inmediatamente ciertas conductas, abriendo camino de este modo a la psicología cognitiva que estaba por venir en los años 60.

Teoría del aprendizaje de Jean Piaget

Una de las teorías psicológicas sobre aprendizaje más importantes es la que parte del **enfoque constructivista de Jean Piaget**. Este investigador suizo creía que el modo en el que vamos aprendiendo consiste en un la construcción propia de nuestras propias experiencias, es decir, que lo que vivimos es visto bajo la luz de lo que hemos experimentado anteriormente.

Pero el aprendizaje no depende solo de nuestras experiencias pasadas, sino también de factores biológicos marcados entre otras cosas por la etapa vital en la que nos encontramos. Es por eso que estableció un modelo de etapas de desarrollo cognitivo.

Teoría sociocultural de Lev Vygotsky

Mientras que a principios del siglo XX muchos psicólogos estudiaban el aprendizaje centrándose en el modo en el que los individuos interaccionan con el entorno, el investigador soviético **Lev Vygotsky** le dio un enfoque social al mismo objeto de estudio.

Para él, la sociedad en su globalidad (aunque especialmente a través de los padres y los tutores) es un medio y a la vez una herramienta de aprendizaje gracias a la cual podemos ir desarrollándonos intelectualmente.

Teoría del aprendizaje social de Bandura

A lo largo de sus investigaciones, **Albert Bandura** mostró hasta qué punto el aprendizaje no es algo que se produce a partir del afrontamiento de retos en solitario, sino que también tiene lugar al estar inmersos en un medio en el que podemos ver lo que hacen los demás y los resultados que otros tienen al seguir ciertas estrategias.

Teoría de la disonancia cognitiva

Una de las teorías psicológicas más relevantes en lo que concierne a la formación de identidades y de ideologías. El concepto de **disonancia cognitiva**, formulado por el psicólogo **Leon Festinger**, sirve para explicar el estado de estrés y malestar que se produce cuando se sostienen a la vez dos o más creencias que se perciben como contradictorias entre sí.

Teoría del procesamiento de la información

Esta teoría parte de la idea de que la mente trabaja como un conjunto de mecanismos que procesan información sensorial (datos de entrada) para almacenar una parte de ella en "depósitos de memoria" y, a la vez, transformar la combinación entre esta información sobre el presente e información sobre el pasado en cadenas de acciones, tal como lo haría un robot.

De este modo, **nuestras percepciones** van pasando por una serie de filtros hasta que los datos más relevantes llegan a quedar involucrados en las operaciones mentales complejas y, por lo tanto, llegan a tener repercusión en el comportamiento que se produce como respuesta a estos estímulos. Se trata de una de las teorías psicológicas más relevantes dentro de la psicología cognitiva.

Teoría de la embodied cognition

La idea de la **embodied cognition**, propuesta inicialmente por el psicólogo **George Lakoff**, puede ser clasificada tanto como una teoría psicológica como un enfoque filosófico que afecta a las neurociencias. Esta teoría rompe con la idea de que la cognición se basa en actividad cerebral y extiende la matriz del pensamiento a todo el cuerpo en su totalidad.

Teoría de la elección racional

Forma parte tanto del ámbito de la economía como de la psicología cognitiva, por lo que puede ser considerada una importante representante de las teorías psicológicas. Según esta idea, cada individuo toma decisiones atendiendo a sus

propios intereses y elige las opciones que percibe como más ventajosas (o menos perjudiciales) para uno mismo desde un criterio racional.

La **teoría de la elección racional** ha tenido una tremenda relevancia en las ciencias sociales, pero cada vez es más cuestionada por nuevos paradigmas desde los cuales se muestra lo frecuente que es en nosotros el comportamiento clásicamente considerado "irracional".

PSICOTERAPIA Y PSICOANALISIS

El psicoanálisis desde su origen se ubicó en una posición paradójica con relación a las tendencias que primaban en ese momento (finales del siglo xix y comienzos del xx): mientras la psicología estaba interesada en constituirse en una disciplina científica experimental y poca importancia (o nula) concedía a lo terapéutico (Dilthey, 1945; Watson, 1982/1916; Wundt, 1982/1896), Freud estaba interesado en la curación de las neurosis, en el cuidado y tratamiento del alma (Freud, 1890/1998), y se basaba en una modalidad no experimental del método científico: el paradigma indiciario (Ginzburg, 1989), fundamento del método psicoanalítico por él propuesto. Inmerso en el espíritu científico de la época, Freud consideraba que todo abordaje del alma digno de consideración debía basarse en un proceder rigurosamente científico. Afirmó que “el psicoanálisis es un método de investigación, un instrumento neutral, como lo es, por ejemplo, el cálculo infinitesimal” (Freud, 1927/1998, p. 36). Lo definió como un método de investigación de procesos anímicos inconscientes, una terapia fundada en esa investigación y un conjunto de conocimientos psicológicos ganados por ese camino (Freud, 1923/1998, p. 231). Continuaba con la tradición ascética mediante la aplicación del método científico a un proceso de ascesis subjetiva (Lopera, Ramírez et al., 2010). Esta situación quizá explique la razón por la cual los debates acerca de la cientificidad del psicoanálisis surgieron desde el momento mismo de su origen. En un comienzo Freud pretendía una curación de los síntomas de las neurosis, pero su trabajo de investigación le mostró la necesidad de ampliar el campo de análisis hacia la infancia del sujeto,

privilegiando así esa indagación que conduciría, por añadidura, a la modificación de los síntomas (Freud, 1923/1998, pp. 246-247; 1912/1998). Y de manera más precisa, en lo que corresponde a entender su propuesta psicoterapéutica como un proceso de ascesis subjetiva, dice: “Nosotros, los analistas, nos proponemos como meta un análisis del paciente lo más completo y profundo posible; [...]. Lo que de tal suerte cultivamos es cura de almas en el mejor sentido” (Freud, 1926/1998, p. 240). Este énfasis en lo ascético no significó una subvaloración de los síntomas, pues en algunas circunstancias era necesario un trabajo sobre los síntomas concretos, ya presentes, mediante una terapia sintomal (Freud, 1895/1998, p. 269), con lo que se complementarían el trabajo de ascesis subjetiva. Muy tempranamente Freud definió psicoterapia como tratamiento (terapia) del alma (psique); en sus palabras: (...) tratamiento desde el alma —ya sea de perturbaciones anímicas o corporales— con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico (Freud, 1890/1998, p. 115). Esta definición es aplicable a la manera como Freud concibió el tratamiento analítico hasta el final de su vida, y que se confirma con la cita en la que se refiere a la cura de almas.

La psicoterapia: ascética y sintomal La psicoterapia ha sido central en la psicología psicoanalítica, lo que ha llevado a que muchos homologuen, de manera errónea, psicología psicoanalítica con psicoterapia psicoanalítica. La psicoterapia se define como un tratamiento del alma con el propósito de moderar el sufrimiento o de transmitir una actitud ante la existencia. La psicología, incluso en su vertiente ascética, abarca muchos más aspectos, tanto a nivel teórico como práctico, en particular, procura la construcción de un conocimiento sobre lo psíquico: psyché-logos, que literalmente significa tratado, discurso sobre el alma (Lopera, Manrique et al., 2010). En cambio, psyché-therapeuein sería cuidado, cura del alma, en el sentido de therapeuein heauton (cuidado de sí) (Foucault, 2002, p. 110; 1987). Desde esta perspectiva, el tratamiento psicoanalítico sería una modalidad (entre otras) de psicoterapia. El dispositivo terapéutico freudiano consistió en un artificio metodológico (Ramírez, 1991) fundamentado en cuatro elementos: asociación libre

(verbalización), atención flotante (escucha analítica), análisis y manejo de la transferencia (vínculo o relación paciente-analista) e interpretación (conjunto de intervenciones) (Freud, 1912/1998). A partir de esta propuesta diversos psicoanalistas han elaborado otras, modificando tanto el proceder técnico como la psicopatología o caracterología correspondientes con dichas innovaciones. En sentido general, podemos agruparlas en psicoterapias ascéticas y sintomales (Lopera, 2006). La mayoría de psicoterapias psicoanalíticas dan vital importancia a un trabajo de revisión exhaustiva de la existencia del paciente: un proceso en el que se busca la modificación subjetiva más radical posible, lo que llamamos psicoterapia ascética. Hemos entendido la palabra ascesis no en el sentido cristiano de renuncia y mortificación, sino en el del despliegue del propio ser, que comprende la puesta en juego de las potencialidades y la elaboración constante de sí, mediante un cuidado de la propia alma. En Freud este propósito es claro. En las propuestas derivadas de Klein, Bion, Anna Freud, Fairbairn, Winnicott, Kohut y otros, se busca que la relación terapéutica pueda crear las condiciones más favorables posibles para que el paciente pueda desplegarse —partiendo, si es del caso, de ese punto en el que su desarrollo fue perturbado— y su auténtica personalidad, o su auténtico self, puedan expresarse naturalmente. El énfasis puesto cada vez más en las relaciones de objeto tempranas (Kernberg, 1993) muestra un trabajo exhaustivo que contempla, no sólo las experiencias presentes de la vida del paciente —el aquí y ahora—, sino también las vivencias más arcaicas de la infancia (Kernberg, 2001). Guntrip, refiriéndose al psicoanálisis en tanto tratamiento, sostiene que en éste se buscan resultados radicales mediante una exploración analítica profunda y cabal. Miller (2001) propone una diferencia entre psicoanálisis (puro y aplicado a la psicoterapia) y psicoterapia, señalando que esta última no tiene en cuenta el goce y, en consecuencia, deja intacta la idea de la omnipotencia del otro, incluso la preserva. La tendencia ascética no desconoce la importancia de que los síntomas y problemas específicos puedan resolverse; no obstante, le da más énfasis a ese cambio psíquico profundo, porque lo considera correlativo con un modo de vida más acorde con las posibilidades del paciente. En ocasiones, esa ascesis lleva a que el paciente reconozca sus limitaciones, capacidades, elecciones y, aunque no

necesariamente esto hace la vida más confortable, sí más acorde con su ser, más armónica con su subjetividad. En este campo psicoanalítico también hay una gran cantidad de propuestas psicoterapéuticas sintomales. Los tratamientos breves procuran un trabajo focalizado sintomal. Según Atxotegi, las psicoterapias surgieron por dos motivos: la demanda creciente de asistencia psicológica en diversas instituciones; y la “necesidad de adaptar la técnica psicoanalítica a toda la gama de trastornos psicopatológicos y no tan sólo a los trastornos de tipo neurótico abordados por la técnica clásica”. Para esta autora existe la cura-tipo o tratamiento psicoanalítico clásico; y, además, las psicoterapias psicoanalíticas, que tienen objetivos limitados. Entre estas últimas, se refiere a psicoterapia psicoanalítica (véase también Bolívar, 1990), psicoterapia breve o focal, psicoterapia de apoyo, psicoterapia institucional, etc. Por nuestra parte incluimos la consultoría psicoanalítica en las propuestas sintomales. La focalización terapéutica puede definirse como la restricción del trabajo a un aspecto de la vida del paciente. Esta manera de proceder ha sido objeto de variadas críticas, en particular, por parte de quienes consideran que el tratamiento psicoanalítico clásico es el único válido. No obstante, muchas circunstancias de la vida requieren este tipo de intervención (un sufrimiento intolerable derivado de un síntoma crónico, el deseo del paciente de trabajar un solo aspecto de su vida, restricciones institucionales, limitaciones de tiempo y dinero, formación y deseo del terapeuta). La focalización puede tener efectos insospechados, pues constituye una acción local, puntual que, en muchos casos, es la vía más idónea para iniciar cambios en otros niveles. Es frecuente que grandes cambios se hayan posibilitado a partir de modificaciones que parecían insignificantes en principio. Desde esta óptica no habría oposición entre la vertiente ascética y la vertiente sintomal: la primera puede producir cambios puntuales y la segunda puede iniciar un proceso de mayor alcance que el imaginado inicialmente. Desde nuestro punto de vista, la categorización de las psicoterapias en ascéticas y sintomales permite pensar aspectos comunes sin desconocer las diferencias. Consideramos mucho más productivo este abordaje que aquel que solo resalta las discordancias. Además, posibilita ver que hay una gama de propuestas que va desde las que intervienen en aspectos puntuales y focalizados de la vida de las

personas, hasta aquellos que abarcan su existencia, su historia, sus vicisitudes, de la manera más amplia posible. Así tenemos: la consultoría psicoanalítica, la terapia breve de orientación psicoanalítica, la psicoterapia psicoanalítica, el análisis terapéutico, la cura psicoanalítica. Otto Kernberg, diferencia entre psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de reforzamiento, todas basadas en los presupuestos conceptuales psicoanalíticos. Estas tres modalidades de tratamiento coinciden, a su juicio, en el uso de la interpretación, el manejo de la transferencia y la neutralidad técnica; ahora bien, difieren en el uso específico que hacen de cada una de estas tres estrategias técnicas: el psicoanálisis las emplea con el mayor rigor posible, en el sentido clásico freudiano; la psicoterapia psicoanalítica introduce algunas variaciones, como por ejemplo, tener más en cuenta el aquí y el ahora al momento de interpretar y manejar la transferencia; y la psicoterapia de reforzamiento acude más a la actitud directiva del terapeuta (conserva menos la neutralidad técnica) y se mezcla más con la sugestión. Ahora bien, esta categorización se articula con otra, que también establece diferencias y afinidades entre diversos modelos. Nos referimos a tres enfoques de trabajo que hemos denominado: a) psicoterapias que ofrecen conocimientos psicológicos al consultante, b) psicoterapias que se centran en la relación terapéutica y c) psicoterapias que transmiten una actitud al paciente.

La relación terapéutica: En esta categoría o enfoque de trabajo la teoría se ubica en un lugar secundario. Desde muy temprano Freud se percató de la importancia de la relación del paciente con el analista, a la que llamó transferencia. Consideró que un tratamiento psicoanalítico requería la instalación de una neurosis artificial o de transferencia y su resolución definitiva a través de su análisis (Freud, 1917/1998). La concepción sobre lo psíquico, así como su propia experiencia clínica, le mostraron que la actitud del analista debía ser la de abstinencia con respecto a expresar sus sentimientos y afectos hacia el paciente.

El intento de establecer confluencias —sin desconocer las divergencias— entre los diferentes modelos a partir de la clasificación en ascéticos y sintomales, por un lado, y de los énfasis dados al conocimiento psicológico, a la relación terapéutica y a la

transmisión de una actitud, por el otro, pretende resaltar una perspectiva indogmática y pluralista, desde la cual es posible concebir el propio modelo psicoterapéutico como uno más entre otros, y trascender así las posiciones radicales que proceden descalificando las demás propuestas y sólo considerando como válidas las propias. No significa renunciar a la psicoterapia que es de nuestra preferencia; se trata de abrirse a otros discursos, dejarse permear y enriquecerse de los aportes de los demás, creando así una verdadera comunidad de trabajo y de discusión.

DINAMICA PROLONGADA

PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO

LA ESENCIA DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA DE TIEMPO LIMITADO... básicamente psicodinámica en su orientación, lo cual significa que mira temas como los de la transferencia, contratransferencia y conflicto, procesos que están fuera de la conciencia, pero que está combinada con aspectos de las orientaciones cognitiva y sistémica. Las personas no están fijadas en una etapa intrapsíquica inmodificable. Ellos pueden desarrollar un estilo, un modo de ser, tempranamente en la vida, pero eso está siempre abierto al cambio dependiendo de otras personas, otros ambientes sociales y otros traumas con los que hayan estado en contacto. Pero también con otros ambientes sanadores, y en nuestro caso con la psicoterapia. También estoy muy interesada en los componentes afectivos de la manera en que las personas organizan el conjunto de su mundo. Pero, mucho más aún, estoy interesada en la teoría del apego. Todo eso tiene sentido, pues, para mí, forman parte de un mismo tronco. ¿Qué aspectos toma de la teoría del apego?, no es lo que básicamente moviliza la conducta humana no son los impulsos sexual y agresivo, ni tampoco el modo en el que se construye la realidad de acuerdo a una visión más cognitiva. Lo que moviliza la conducta humana es más bien la necesidad de apego hacia otros seres humanos, la necesidad de ser aceptado, la necesidad de sentirlos cerca y, especialmente, la necesidad de sentirse seguro. Esto es congénito, y todos lo

buscamos. Justamente, son esas cosas las que podrían ser aterradoras en el proceso. ¿Cómo juega esta necesidad de relacionarse en la psicoterapia?, la persona entra a terapia y tiene una manera de interactuar con el psicoterapeuta y, también, cuenta acerca de las formas en las que se ha relacionado con los otros. Se intenta formular, desde esas dos fuentes de información, las dificultades con el apego en el pasado y qué tipo de operaciones de seguridad podría necesitar desarrollar la persona con la finalidad de permanecer tan conectado como sea posible, y qué podría ser cognitiva y experiencialmente necesario para ayudarlo a cambiar su patrón de vida tal vez disfuncional. ¿Cuál sería un ejemplo de eso?, Digamos que hay un niño que fue criado por padres autoritarios, dogmáticos, castigadores y toscos. De este modo él desarrolla un estilo, un modo de ser que es sumiso, montado en la angustia, inhibido. Esto tiene sentido dados los tira y afloja de sus padres. Podría ser la única forma en la que él puede sentirse a salvo en su familia, dado que desde muy pequeño es totalmente dependiente de ellos. Él necesita llegar a cierto tipo de transacción de sus verdaderos sentimientos, de modo que, mientras más enojo, más reprimidos sus sentimientos asertivos. Este es el modo en el que este niño vive su infancia. Entonces, ahora como adulto, al tener muy sólidamente establecido ese patrón, continúa manifestando su angustia y sumisión como forma de presentarse ante los demás y, quizás de manera inconsciente, busca personas que son más castigadoras, arbitrarias y superiores. No se trata de una conducta masoquista sino de lo que le permite estar “confortable”. Esto es lo que él sabe. Luego entra a la consulta, de nuevo siendo apocado, servil y angustiado...

Entonces, ¿qué se hace al respecto y cómo se usa la relación terapéutica? ¿Cómo se enfrenta estas situaciones? En las sesiones, la terapeuta, puede encontrarse teniendo un rol más de experta que lo usual: más reaseguradora, dando más consejos. Ya entonces se adopta lo que podría ser el complemento del estilo del paciente. De este modo no sólo se observa su estilo y modo de ser sino que también se está muy consciente de las reacciones hacia él, a lo que llaman “contratransferencia interactiva”. Dándose cuenta de la manera en que su conducta afecta su propia contratransferencia interactiva, se puede pensar en lo que sería necesario

cambiar en el “aquí y ahora”, en la sala de terapia, para que en este caso el paciente tuviera una nueva experiencia de sí mismo que pudiese, quizás, darle la posibilidad de ser más asertivo o expresar mejor su rabia. Ciertamente, dándose también la posibilidad de no tener todas las respuestas, de no pensar mal del paciente ni avergonzarlo. ¿Cómo es posible hacer esto con un paciente? HL: Bueno, lo dicho es un aspecto: mantenerse alerta de sí misma como terapeuta. Pero, en segundo lugar, se desea que el paciente tenga algún insight de lo que está ocurriendo. Que él tenga una especie de comprensión cognitiva. ¿Desde la experiencia y desde el insight o comprensión? Si, de ambas. Esto hace que la aproximación sea diferente que a la aproximación psicodinámica más orientada al insight. Según tienen, la creencia de que el insight te hará libre. Desgraciadamente ahora sabemos que el insight no nos hace libres. Solo se piensa que ayuda mucho y que es muy interesante, pero no significa que nosotros estaremos menos depresivos o menos ansiosos. Por eso se pretende seguir una ruta experimental, porque nada triunfa tanto como el tener una nueva experiencia de algo. Éstos son los dos lados de la misma moneda. Sería muy duro el tener una verdadera nueva experiencia sin alguna comprensión, y muy duro tener un verdadero insight sin tener el componente afectivo. Se suele citar a Fried Fromm-Reichman. “Los pacientes necesitan una experiencia y no una explicación...”. Correcto, de acuerdo, exactamente. También coincido con la cita de Hans Strupp: “La oferta de interpretaciones excede con mucho la demanda”. Fue un verdadero pionero en este campo; un eminente investigador y teórico, pero también una persona admirable, un ser humano muy íntegro. Él ha tenido un fuerte impacto en este tipo de trabajo. La focalización es un factor extremadamente importante respecto de la forma en que trabaja la mayoría de los que realizan psicoterapias breves los que, al igual que usted lo ha hecho conmigo, re-focalizan a los pacientes en el tema principal. Por ejemplo, éste es uno de los caminos posibles a seguir en el tratamiento a esta persona que vive cogida por la angustia.

TERAPIA CONDUCTUAL Y COGNITIVA

La terapia cognitiva conductual es un tipo frecuente de terapia del habla (psicoterapia). Trabajas con un asesor de salud mental (psicoterapeuta o terapeuta) de forma estructurada, asistiendo a una cantidad limitada de sesiones. La terapia cognitiva conductual te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva.

La TCC puede ser una herramienta muy útil, ya sea sola o en combinación con otras terapias, para tratar los trastornos de salud mental, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o un trastorno de la alimentación. Sin embargo, no todas las personas que se benefician de la terapia cognitiva conductual tienen una enfermedad mental. La TCC puede ser una herramienta eficaz para ayudar a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida.

Por qué se realiza

La terapia cognitiva conductual se utiliza para tratar una amplia gama de problemas. Con frecuencia es el tipo preferido de psicoterapia porque puede ayudarte rápidamente a identificar y afrontar desafíos específicos. Generalmente requiere menos sesiones que los otros tipos de terapia y se realiza de forma estructurada.

La terapia cognitiva conductual es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. Por ejemplo, puede ayudarte a lo siguiente:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción
- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida
- Identificar formas de controlar las emociones

- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Afrontar el dolor o las pérdidas
- Superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia
- Afrontar una enfermedad médica
- Controlar los síntomas físicos crónicos

Pasos de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual comúnmente incluye estos pasos:

- **Identificar situaciones problemáticas o trastornos de tu vida.** Estos pueden incluir problemas tales como una afección médica, divorcio, pena, enojo o síntomas de un trastorno de salud mental. Es posible que junto con el terapeuta dediquen un tiempo a decidir en qué problemas y objetivos te quieres concentrar.
- **Prestar atención a tus pensamientos, emociones y opiniones en relación con estos problemas.** Una vez que hayas identificado en qué problemas trabajar, el terapeuta te alentará a contarle lo que piensas. Para ello, es posible que debas observar qué te dices a ti mismo sobre una experiencia (diálogo interno), tu interpretación del significado de una situación y tu opinión sobre ti mismo, otras personas y eventos. Es posible que el terapeuta sugiera que escribas un diario con tus pensamientos.
- **Identificar pensamientos negativos o inexactos.** Para ayudarte a reconocer patrones de pensamiento y conducta que podrían estar contribuyendo a tus problemas, el terapeuta puede pedirte que prestes atención a tus respuestas físicas, emocionales y conductuales en diversas situaciones.
- **Reformar pensamientos negativos o inexactos.** Es muy probable que el terapeuta te aliente a que te preguntes si tu opinión sobre una situación se basa en hechos o en una percepción inexacta de lo que sucede. Este paso puede ser complicado. Puede ser que tengas maneras de pensar sobre tu vida y sobre ti mismo de larga data. Con práctica, los patrones de pensamiento y conductas útiles serán un hábito y no deberás hacer tantos esfuerzos para lograrlos.

EJEMPLO...Hay diferentes maneras de reaccionar ante la mayoría de las situaciones, dependiendo de cómo se piensa acerca de ellas: Situación: Ha tenido usted un mal día, está harto y decide salir de compras. Cuando va por la calle, un conocido, al parecer, le ignora. Perjudicial Favorable Pensamientos: "Me ha ignorado - no le caigo bien". "Parece ensimismado - Me pregunto si tendrá algún problema". Sentimientos: Tristeza y rechazo Preocupación por la otra persona Reacciones físicas: Retortijones de estómago, poca energía, náuseas. Ninguna - se siente bien. Comportamientos: Se va a casa y evita a esa persona. Le saluda para asegurarse de que está bien. La misma situación, dependiendo de cómo se piensa en ella, ha dado lugar a dos resultados muy diferentes. Su forma de pensar ha afectado a cómo se ha sentido y lo que ha hecho. En los ejemplos de la columna de la izquierda, usted ha llegado a una conclusión sin muchas pruebas para ello; y esto importa, porque le ha llevado a una serie de sentimientos incómodos y a un comportamiento perjudicial. Si se va a casa sintiéndose triste, probablemente le dé vueltas a lo que ha ocurrido y se sienta peor. Si saluda a la otra persona, es muy probable que al final se sienta mejor consigo mismo/a. Si no lo hace, no tendrá la oportunidad de corregir cualquier malentendido sobre lo que piensan de usted y probablemente se sienta peor

TERAPIA DE LA CONDUCTA

Hay un aspecto previo a la intervención que es de vital importancia que es la evaluación conductual. La terapia de conducta se entiende como el proceso de obtención de información que va a permitir tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de dicho cambio. La evaluación conductual tiene unas características diferenciales de otros procesos evaluativos: * No es puntual, es producto de un proceso continuado. * Presta atención a la conducta distinguiendo tres tipos de respuestas: - Triple sistema de respuesta: $\frac{3}{4}$ Respuestas motoricas. $\frac{3}{4}$ Respuestas psicofisiologicas. $\frac{3}{4}$ Respuestas cognitivas. Trastorno fóbico: fobia a volar (problema) Su evaluación conductual: Motoricas, psicofisiologicas, cognitivas (pensamientos, emociones). * Se centra en identificar las variables actuales que controlan una conducta. En el enfoque conductual el

enfoque o origen de un problema en secundario y lo importante son los mecanismos que lo siguen manteniendo. No nos importa porque empezó a beber en una persona alcohólica, sino porque lo sigue haciendo. * Pone un especial énfasis en la observación y cuantificación de la conducta. * La evaluación conductual siempre va a ser un proceso individualizado o mejor dicho personalizado. FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN. 1- Definición de las conductas – problema. Conjunto de conductas que una persona realiza o no realiza más las consecuencias generalmente negativas que de esas conductas se derivan. Esta investigación se va a realizar por medio de dos tipos de análisis: - El primer análisis es el análisis topográfico de la conducta que consiste en la descripción precisa de las conductas – problema o lo que hace o no hace una persona. Para realizar esta descripción, la evaluación conductual se vale del triple sistema de respuesta. Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005

$\frac{3}{4}$ Las respuestas del sistema motorico serian aquellas respuestas denominadas externas, son aquellas respuestas observables: sonreír, hablar, interpretar.

$\frac{3}{4}$ Las respuestas psico – fisiológicas tienen una especial relevancia en problemas con base emocional de ansiedad o de miedo. Aunque no son directamente observables se pueden medir, cuantificar las respuestas psicofisiológicas que han sido mayor objeto de evaluación. Respuestas musculares, gástricas, sudoración, cardiacas.

$\frac{3}{4}$ Respuestas cognitivas son las que presentan una mayor dificultad para su delimitación. No se puede medir, ni es directamente observable, se suelen usar las expresiones/respuestas verbales, tanto las externas como las internas, las representaciones e imágenes de la persona o también las emociones. El análisis topográfico se completa además con la identificación de la frecuencia, la intensidad y la duración. Otro aspecto que va a influir en la intervención que vamos a hacer es el determinar una conducta-problema como exceso o como déficit. Se entiende como exceso cuando se da con una frecuencia, intensidad y duración mayor que la adecuada o si aparece cuando su nivel de aceptación social es cero, lo va a hacer por déficit cuando no se da con la suficiente frecuencia, intensidad o duración. O bien no aparece en situaciones sociales en las que se espera que ocurra. - El segundo análisis. El análisis funcional no va a valer para decir porque se da esa conducta, que variables controlan, explican esa

conducta. Identificación de las variables, antecedentes y consecuentes de una conducta y el establecimiento de relaciones entre estas variables y dicha conducta. En terapia de conducta nos valemos de la ecuación conductual. Esta compuesta por 4 variables: $\frac{3}{4}$ Estímulos antecedentes de la conducta. $\frac{3}{4}$ Organismicas. $\frac{3}{4}$ R o Conductas problema. $\frac{3}{4}$ C E. consecuentes. $\frac{3}{4}$ E ___ O ___ R ___ C Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 38

Estímulos antecedentes de la conducta. Aquellos estímulos que están presentes antes de que una conducta ocurra y con la cual guardan una relación funcional comprobable, son los estímulos que actúan como conducta problema. Pueden ser de dos tipos: - Estímulos externos, que se producen en el entorno del sujeto. - Estímulos internos, que produce el propio sujeto. Ej., fobia a perros. Cond. problema = evitación. Estimulo antecedente = visión del animal. Estimulo interno = pensamiento (me va a morder). Variables organismicas. Tradicionalmente han estado relegadas, no se les ha dado excesiva importancia, sin embargo hoy en día tienen un protagonismo importante porque entre un estímulo y la respuesta hay un organismo sociológico que en muchas ocasiones explica el que esa persona evita esa conducta. Se tienen en cuenta tres tipos de variables: - Determinantes biológicos, se incluyen factores hereditarios, enfermedades transitorias (fatiga, cansancio, recurso o psicofármacos y alcohol). Los determinantes biológicos tienen funciones disposicionales, alteran la incidencia de la estimulación antecedente. - Repertorio conductual, repertorio de conductas de que dispone un sujeto. Va a determinar el que se pueda emitir una conducta dada. - Historia de aprendizaje, nos va a proporcionar información: > Del proceso por el cual unas conductas problema están bajo control de unas variables antecedentes o consecuentes completos. Va a depender del tipo de estimulación antecedente o consecuente que debemos de usar en la intervención. Estímulos consecuentes. Tendríamos los estímulos que siguen a la emisión de una conducta problema y que inciden sobre ella haciendo que la probabilidad de ocurrencia de esa conducta aumente o disminuya. Ej., estoy a salvo. No me va a pasar nada, he controlado la sensación.

2- Establecimiento de objetivos. Nos plantea a donde se debe de llegar en la evaluación conductual, el establecimiento de objetivos se desarrolla de forma absolutamente rigurosa. Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 39

Se realiza mediante objetivos graduales. Se plantea un objetivo meta pero también se establecen sub. objetivos, debe superar un sub. objetivo antes de enfrentarse al siguiente. Se hace en función a una serie de criterios: - Criterio intrínseco, el establecimiento de objetivos de intervención se realiza en función de la jerarquía patológica de las conductas problema. Ejemplo depresión. - Intereses de paciente, no es posible realizar un establecimiento de objetivos porque el paciente viene con una demanda terapéutica determinada. - Criterio práctico, cuando el paciente presenta problemas se comienza a tratar el problema más sencillo ya que tiene un efecto motivante. - Criterio de ajuste social, en igualdad de condiciones es conveniente comenzar con aquellas conductas que se refieren a dificultades en las relaciones personales.

3- Elección de estrategias. Eligen las estrategias de intervención más adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos. Se realiza en función de la naturaleza del problema también se tienen en cuenta las características del paciente (edad, si el paciente sigue las instrucciones o por ejemplo si existe alguna capacidad física que contraindique la elección de alguna estrategia). También se tienen en cuenta las variables del terapeuta, aspecto más ético, el profesional tiene una moral o ética de elegir aquellas estrategias con las cuales hay mejor habilidad.

4- Evaluación de los resultados. Nos permite saber si un tratamiento es exitoso o en caso contrario poder modificarlo o cambiarlo. Existen tres tipos de evaluación: - Evaluación a lo largo del tratamiento, nos permite conocer si los objetivos terapéuticos están siendo alcanzados. - Evaluación final, coincide con la evaluación del último objetivo propuesto y es el indicado de la finalización de la intervención. Nos indica si los objetivos los hemos alcanzado. - Seguimiento, nos permite valorar si los cambios generados con la intervención se han establecido, se eligen cuatro momentos: Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 40

$\frac{3}{4}$ Contacto al mes. $\frac{3}{4}$ Contacto al 3 mes. $\frac{3}{4}$ Contacto al 6 mes. $\frac{3}{4}$ Contacto al año.

TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS. 1- Desensibilización sistemática (DS). Es una técnica de intervención enfocada al manejo de cualquier tipo de problema que tenga un sustrato de ansiedad. Es una técnica cuya base teórica es un principio de aprendizaje contracondicionamiento por inhibición recíproca. Ansiedad Û Respuesta antagónica (respuesta de relajación). Cuando una

persona aprende esto, y esta ansiosa, inhibe su estado de relajación. Si la persona aprende a relajarse en las situaciones de ansiedad estarán mejor. Fases: - Entrenamiento en relajación, enseñan a la persona a relajarse. Conducta contraria a la ansiedad. Cualquier método que induzca a un estado de relajación es válido. Sin embargo, usada de forma tradicional el método de relajación progresivo de "Jacobson" que consiste en una serie de ejercicios sistemáticos de tensión y relajación que se producen como consecuencia de los ejercicios. Duración de 20 a 60 segundos. > Entorno adecuado – iluminación adecuada – Tª adecuada, ausencia de estímulos externos > Posición – sentada en butaca cómoda, sin cruzar las piernas y con ropa holgada. - Elaboración de la jerarquía de indicios, se realiza de forma simultánea al entrenamiento de relajación. Dura 30 minutos. Es una lista de situaciones que están relacionados con la situación que le genera ansiedad. En estas tarjetas deben de abarcar todos los posibles grados de ansiedad (mínima, moderada, severa, hasta la más intensa). Una vez anotados se estructura la jerarquía. Normalmente se realiza conjuntamente el paciente y entrenador. Se asigna de forma arbitraria el valor 100 a aquellas situaciones que genera el nivel máximo de ansiedad, y el valor 0 a aquella situación que genera el nivel mínimo de ansiedad. Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 41 Ejemplo, ansiedad ante los exámenes = anotar 20 a 30 situaciones en cada tarjeta que este relacionada con la ansiedad ante los estímulos. Asignar el valor 100 esperando a que entrar en sola (cada uno es diferente). Asignar el valor 0 poner la fecha del estímulo. Estructurar la jerarquía (10 ítems) a intervalos regulares. * Valor 90, compañero te dice tema que entra y no te lo sabes. * Valor 80, entrar en la escuela. Jerarquía espacio – temporal. En las situaciones no hay que seguir este orden. * Valor 70, coger el bus (hemos quedado con compañeros). * Valor 60, cuando te levantas. * Valor 50, nunca antes. * Valor 40, 3 días antes. * Valor 30, 1 semana antes. * Valor 20, 10 días antes. * Valor 10, cuando empiezan a estudiar. La persona empieza a objetivar sus niveles de ansiedad. - Practica en imaginación, visualización de escenas. Se le da la instrucción al paciente de que trate de imaginar de la forma más clara y nítida posible las escenas que se le van a describir. Se relaja al paciente con los ojos cerrados y se le describe la primera escena que debe de

ser emocionalmente neutra: Imagine como si realmente estuviese pasando que estas en una terraza tomando un café en un día soleado de primavera. El paciente se lo imagina entre 5 y 10 minutos luego que deje de imaginarlo y se centre en su estado de relajación en un tiempo de un minuto. Se saca al paciente de su estado de relajación y se le pide que describa lo que ha imaginado. El objetivo es saber si el paciente es capaz de imaginar una escena. Si las descripciones son muy pobres con pocos detalles se le pueden dar indicios para que imagine escenas al detalle. Esto se repite varias veces cada escena siempre mientras que no generen ningún tipo de ansiedad. En una sesión siguiente se pide al paciente que imagine una escena que suscite niveles moderados de ansiedad. Estas escenas es importante que no tengan que ver con la jerarquía del paciente "imagina que en el monte le aparece una serpiente". El paciente en el momento que sienta el más Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 42 mínimo nivel de ansiedad lo indique para no interferir en la técnica normal, se indica con un gesto en la mano. El objetivo de esta práctica es identificar los niveles de ansiedad que se le están generando. - Desensibilización sistemática (DS), describir al paciente mientras esta profundamente relajado las escenas de la jerarquía de forma que sea capaz de imaginarlo vivirla sin sentir ansiedad y si la siente tendrá que indicarlo. Los primeros 5 minutos se dedican a inducir al paciente a un estado de relajación profunda. Se describiremos el primer ítem de la jerarquía durante 5 a 7 minutos para que la visualice, si el paciente no da muestras de ansiedad se dice que deje de imaginar la escena y se concentre en la relajación en un periodo entre 30 y 60 minutos. Cada ítem debe de ser presentado al menos dos veces seguidas sin que el paciente sienta ansiedad, así pasaremos al siguiente ítem de la jerarquía, la segunda visualización es entre 10 a 15 minutos. Si el paciente hace una señal de ansiedad en uno de los ítems, dejar de imaginar la escena e inducir a un estado de relajación profunda. Si el fracaso se produce en la primera presentación volvemos a presentar el mismo ítem. Si se produce ansiedad en la segunda presentación (en las 2 presentaciones), volvemos al ítem anterior e insistir en desensibilizar este ítem o bien crear un ítem intermedio. En cada sesión se desensibilizan entre 3 y 4 ítems. Una sesión no debe finalizar nunca en un fracaso. Es recomendable empezar la siguiente sesión con el

último ítem trabajado en la sesión anterior. Finaliza cuando el paciente es capaz de imaginar todas las escenas de la jerarquía sin sentir ningún signo de ansiedad. Problema: no se genera la misma sensación en una DS con imaginación que una DS real por ello al finalizar se le expone a la situación real, en vivo.

TERAPIA COGNITIVA DESARROLLO HISTORICO Es una modalidad de intervención que trata de integrar diversos enfoques (integra enfoque psicodinámico, conductuales y humanistas). La importancia de los factores cognitivos en el trastorno mental no es algo nuevo ya que tiene antecedentes históricos que se remontan a la época de los romanos “las personas no se trastornan por los acontecimientos sino por lo que piensan de esos acontecimientos”. Hoy en día, existen dos corrientes teóricas que han favorecido el surgimiento de la terapia cognitiva. Estas dos corrientes son: - Teoría cognitivo – semántica. - Teoría aprendizaje social. Teoría cognitivo – semántica. Agrupan a una variedad de enfoques cuyo punto en común es que su foco terapéutico es modificar los patrones de pensamiento erróneos de la persona. Para el cognitivo – semántico el trastorno mental es un desorden del pensamiento. Este desorden modifica la percepción que tenemos de la realidad de una forma subjetiva. Esta distorsión nos va a llevar a tener emociones disfuncionales y conductas inadaptadas. A. ELLIS. Psicólogo humanista, aporta una modalidad de intervención que él denominó Terapia racional emotiva. Para Ellis la mayor parte del sufrimiento de la persona está generado por el modo inadecuado en que construye su mundo y las creencias irracionales que mantiene. Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 51 Se centra (realiza) tres tipos de acción: - Determinan que eventos perturban a la persona. - Ayudan a la persona a descubrir sus pautas de pensamiento que constituyen la respuesta interna a los eventos y dan lugar a las emociones y conductas disfuncionales. - Ayudar a la persona a modificar sus pautas de pensamiento. Objetivo: - Persona sustituya pensamientos por otros más adaptados. Aportaciones de A. BECK a la terapia cognitiva. Aporta tres conceptos: - Evento cognitivo, para Beck son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos el ser humano y a la que normalmente no prestamos atención. Sin embargo, para Beck esta corriente de pensamientos serían fácilmente recuperables si se demandaran.

Estos pensamientos son vagos y generados sin que la persona los inicie voluntariamente. Además estos pensamientos son difíciles de interrumpir y frecuentemente se cree en ellos sin importar cuan lógicos sean. Trabajaba con pacientes deprimidos. Pensamiento anterior genera el sentimiento inadecuado.

TEORIA. *Triada cognitiva, personas deprimidas la tienen. Consiste en un conjunto de pensamientos automáticos y negativos. Se refieren a tres aspectos: > A uno mismo. > A los demás. > Al futuro. Este pensamiento tiene la consecuencia de generar toda la sintomatología depresiva.

- Proceso cognitivo, los eventos cognitivos se refieren al comienzo de lo que pensamos, los procesos cognitivos se refieren a la forma en que nosotros producimos los pensamientos. Se refiere al cómo pensamos. Al igual que los eventos, son automáticos. Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 52

En la mayor parte de las situaciones no prestamos atención a la forma en que procesamos la información. Hay cinco procesos cognitivos de uso generalizado y que son inadecuados:

- Pensamiento dicotómico, consiste en la tendencia del ser humano a dividir los eventos en opuestos en la tendencia a pensar en términos extremos y absolutos (lo vemos blanco o negro). “Debo de hacer las cosas perfectamente o no son válidas”.
- Otro tipo de pensamiento muy común es la sobregeneralización, que consiste en llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasa. Es más, las personas tendemos a hacer una generalización injustificable en base a un único incidente. “Fracasar” = y como consecuencia pensar “Nunca lo conseguiré”.
- “Discutir” = “todos están en mi contra”. “Ruptura” = “Nadie es confiable”.
- Magnificación, consiste en la tendencia que tiene el ser humano de valorar los eventos como más importantes amenazantes o catástrofes de lo que objetivamente son.
- Inferencia arbitraria, consiste en elaborar conclusiones cuando se carecen de evidencias e incluso estos son contrarios a las conclusiones.
- Sesgo confirmatorio, que se refiere a la tendencia que tiene el ser humano para atender selectivamente a aquellos eventos que confirmen nuestras creencias o hipótesis iniciales. Los cinco procesos cognitivos dan problemas.

- Concepto de estructura cognitiva, las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas que determinan a qué eventos vamos a prestar atención y a cómo vamos a procesar la información, las estructuras

cognitivas tienen una influencia sobre la clase de información a la que vamos a atender, como la vamos a estructurar y que importancia le vamos a atribuir. Una estructura cognitiva sería el autoconcepto que si es negativo voy a poner en marcha unos procesos determinados que van a poner en marcha unos eventos y si el autoconcepto es positivo se va a poner en marcha otros procesos y otros eventos.

Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 53 Teoría de aprendizaje social: La primera aportación a la terapia cognitiva es que sostiene que la mayor parte de nuestro aprendizaje está mediado cognitivamente. La segunda aportación es que sostiene que en lugar de responder a las circunstancias ambientales, el ser humano responde principalmente a las representaciones cognitivas de esas circunstancias ambientales.

Conceptos y principios teóricos de la teoría cognitiva: Modelo de psicopatología: Para la terapia cognitiva las cogniciones o pensamientos de la persona son únicamente uno de los factores que contribuye a la etiología y un mantenimiento del trastorno mental. El trastorno mental no se debe a un factor único sino a muchos.

Modelo de cambio de conducta: Es un modelo dinámico que se divide en tres etapas: 1ª fase: Entrenamiento de la persona para ser el mejor observador de su conducta. Se hace al estimular la autoexploración y el auto registro de la persona. Esta fase de recolección de datos le permite a la persona: Definir su problema Formular objetivos terapéuticos Percibir datos relevantes a los que previamente pudo haber desatendido o pasado por alto Reformular sus problemas, es decir, que puede definir sus problemas en términos de problemas resolubles

2ª fase: Ayudar a la persona a desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores. El objetivo es producir cambios en 3 áreas: En la conducta manifiesta de la persona En la actividad autorreguladora de la persona que es las autoinstrucciones, mensajes, imágenes, autodeclaraciones que hace el sujeto. Se trata de reducir el impacto y frecuencia de esta actividad. En las estructuras cognitivas

3ª fase: Consiste en consolidar los pensamientos y sentimientos de la persona con respecto al cambio. Durante esta fase se trabaja con la persona para consolidar los cambios, promover generalizaciones, disminuir la probabilidad de Autor: Miren Edurne Cobos Lafuente Publicado: 2005 54 recaídas. Se proponen como objetivos: Hacer que la persona atribuya los cambios

a sí mismo lo cuál le va a dar un grado de autonomía importante y favorece el sentimiento de competencia Afianzar el tratamiento ayudando a la persona a anticipar las recaídas. La mayor parte de los problemas que tiene un paciente y que resuelve durante la intervención pueden volver a ocurrir. Para evitar una posible recaída, se identifican con antelación aquellas situaciones que se consideran de alto riesgo y se le enseñan al cliente habilidades de afrontamiento adecuadas para hacer frente a tales situaciones. Estrategias y técnicas de intervención: Unas características comunes de las terapias cognitivas son: Son activas De tiempo limitado Considerablemente estructuradas Pueden ser aplicadas de forma individual, en pareja o en grupo Existen poblaciones en las cuales la terapia cognitiva tiene mayor probabilidad de éxito. Básicamente son: Personas deprimidas Trastornos de ansiedad Problemas de impulsividad infantil Modalidades de intervención: Terapia de reconstrucción cognitivo: Esta diseñada para ayudar a la persona a identificar, contrastar con la realidad y corregir sus creencias irracionales. El objetivo es que la persona se haga consciente del efecto que tienen sus pensamientos y sentimientos sobre su conducta y a cambiarlos por pensamientos y sentimientos más adaptados. Fases de la terapia:

- 2- Auto registro de pensamientos: Debe ser diario, y al menos la persona debe de registrar las situaciones en las cuales estuvo perturbado y los sentimientos y pensamientos automáticos negativos que experimento.
- 3- Analizar el grado de validez: De los pensamientos y sentimientos, hasta que punto de vista son validos, adecuados,... Además se van ha desarrollar pensamientos y sentimientos adecuados que podrá emitir en esas situaciones.
- 4- Ensayo cognitivo: En los que el paciente visualiza cada uno de los pasos de una secuencia conductual y la identificación de trampas del pensamiento que pueden interferir en esa conducta.
- 5- Tareas para la casa / Asignación de tareas graduales: lo que hace es que ponga en marcha habilidades de afrontamiento en situaciones reales y esta asignación de tareas tiene que tener carácter gradual para favorecer la autoestima y competencia del cliente. Entrenamiento

en resolución de problemas: Es una estrategia de intervención que está diseñada para hacer frente a los problemas de una manera eficaz y lógica. Se desarrolla en 3 fases:

- Fomentar la predisposición a resolver el problema: Incluye las siguientes tareas: Identificar y reconocer una situación problemática cuando se presenta Aceptar la idea relativa a que en la vida la presencia de problemas es normal e inevitable Generar la expectativa en la persona de su propia capacidad para resolver el problema efectivamente
- Definir y formular el problema: Las tareas a realizar serian las siguientes: Buscar todos los hechos e informaciones disponibles acerca del problema, es decir, realizar una descripción cuidadosa de los hechos Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias. Evitar interpretaciones o suposiciones Identificar las circunstancias o factores que hacen una situación problemática Establecer un objetivo realista en la resolución del problema. Especificar el resultado deseado
- Generación de alternativas: En esta fase se generan posibles alternativas para solucionar el problema, se evalúan los pros y los contras de cada alternativa y se ordenan de acuerdo a su posibilidad de éxito. Con esta fase una vez generadas las alternativas se pueden ensayar antes de llevarlas a la práctica. Dentro de esta fase se pone en práctica las alternativas generadas, se comienza por la que se cree que tiene mayor probabilidad de éxito. En esta fase hay que avisar a la

persona que es posible que la alternativa elegida fracase y tiene que estar preparado para ello.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

En el Instituto Galene y desde el enfoque de la Psicoterapia Humanista Integrativa, realizamos terapia individual en grupo. Siempre recomendamos empezar el proceso de psicoterapia con sesiones individuales y posteriormente continuar con psicoterapia de grupo; incluso una vez iniciada la terapia grupal, se realiza al menos una sesión individual al mes para hablar sobre temas concretos y organizar ideas. Cuando la persona que acude a psicoterapia ya ha establecido un vínculo seguro con su terapeuta y está interesado en realizar un proceso profundo a nivel emocional, le animamos a comenzar la psicoterapia de grupo. Este tipo de terapia lo puede realizar un único psicoterapeuta como responsable del grupo, y lo habitual es que los pacientes hayan estado con él/ella primero en sesiones individuales. También es posible que sean dos los terapeutas encargados de trabajar con los pacientes que constituyen el grupo. En este segundo caso, lo normal es que los pacientes que formen el grupo procedan de haber tenido sesiones individuales con alguno de los dos terapeutas. Se trataría en este caso de coterapia. La coterapia, por tanto, es una práctica psicoterapéutica caracterizada por la presencia de dos psicoterapeutas que coordinan el grupo. Ambos con el mismo poder de decisión y las mismas atribuciones y responsabilidades, en una relación de igualdad y que en muchas ocasiones facilita el trabajo terapéutico, ya que uno puede estar observando aspectos de los que el otro no se ha dado cuenta, o uno ser más emocional que el otro y transmitir a los pacientes algo que su compañer@ no sabe, no puede, o no está en disposición de dar. Es muy importante tener una buena relación, respetarse, no juzgarse y permitirse aprender del compañer@, sabiendo que en muchas ocasiones es probable que no estén de acuerdo con la intervención del otro. En este caso, un terapeuta estará dirigiendo el grupo en un momento determinado, y es imprescindible que el otro terapeuta esté totalmente conectado y pendiente de lo que se está moviendo y pasando en el grupo. Antes de iniciar una terapia grupal, informamos al paciente de cómo es el procedimiento, las reglas básicas del grupo

y le pedimos un compromiso de dos meses, puesto que en menos tiempo no podría valorar lo efectivo del espacio grupal. La duración de las sesiones de grupo es de 180 minutos cada una y la frecuencia es quincenal. Aunque generalmente todos los miembros del grupo proceden de haber estado en psicoterapia individual con el mismo terapeuta, en el caso de la coterapia el grupo lo formarán pacientes de ambos psicoterapeutas. Una persona puede entrar a formar parte, cuando el grupo ya está en funcionamiento, y permanecer en él el tiempo que necesite para trabajar los aspectos que desee.

Integración.

Notas sobre Terapia de Grupo Material elaborado por el Instituto Galene para el uso exclusivo de los alumnos del Máster - Prohibida su reproducción total o parcial - 4

2.1. La importancia de la presentación

No se puede trabajar en un grupo sin que cada miembro, incluidos los terapeutas, conozcan profundamente a todos los participantes. Al empezar el primer grupo, o en cada ocasión en la que se incorpore una persona nueva, cada uno de los participantes se presentará teniendo en cuenta las 5 áreas (empiezan los que ya llevan un tiempo y termina la persona que se acaba de unir) para crear un espacio seguro, en el que cada uno se sienta con la suficiente confianza como para permitirse mostrar sus conflictos y emociones. La presentación es un elemento fundamental para crear cohesión grupal. Todos los miembros participantes necesitan conocer la historia de cada miembro del grupo en profundidad para seguir el hilo de su discurso: "si no conozco al otro pierdo el interés de lo que dice y trabaja, puesto que no tengo información para seguir conectado o intervenir en su trabajo" Cada presentación es única, el paciente está cambiando y cuando le toca presentarse lo hará en función de su estado de ánimo y momento de desarrollo actuales. Muchas veces sorprende a todo el grupo incluido a él mismo, con su presentación, pues puede dar unos datos desconocidos para todos hasta ese momento. Para el paciente que se incorpora en un grupo el primer acto grupal debe ser la presentación, que es lo que permitirá su integración y rebajará el miedo a lo desconocido, por la sensación de pertenencia grupal. En muchas ocasiones, en esta presentación el paciente nuevo ve el progreso evidente que han logrado los más antiguos, lo que le puede servir de motivación.

2.2. Comenzamos la sesión

La sesión comienza dando la bienvenida a los participantes, pidiéndoles que conecten

con lo que ese día traen al grupo, lo que quieren trabajar en terapia y con una rueda corta y rápida donde cada uno compartirá su estado de ánimo. Es un punto de partida necesario para que cada uno sepa cómo están los demás. Damos la responsabilidad a los participantes, para que cada uno elija el momento de su trabajo en el grupo. Sólo cuando lo consideremos imprescindible indicaremos a alguien que trabaje en un momento determinado (alguien que dé muestras de estar desbordado emocionalmente; y en el caso de querer trabajar un duelo complejo que trabaje el primero o el segundo, para que le dé tiempo a cerrar en el espacio de la sesión). Uno a uno van exponiéndose, escuchando las intervenciones que el terapeuta y las aportaciones que sus compañeros le van haciendo, y a continuación deciden cómo quieren trabajar la emoción que subyace al tema que están tratando. Dentro de la sesión, los miembros del grupo (no más de 8 personas) van expresando de manera individual el tema que quieren trabajar ese día, permitiéndose ir contactando y expresando sus emociones con el apoyo del terapeuta y de sus compañeros. Cada participante se irá implicando más, según vaya creciendo su nivel de confianza en el grupo. Cada persona se beneficia de su propio trabajo y también del de sus compañeros, pues en muchas ocasiones el trabajo de otro permite poner palabras y emociones a algo que hasta ese momento le era difícil de definir, facilitando la resolución de su proceso personal. "Si lo que está trabajando un compañero yo no lo tengo resuelto, las emociones de mi conflicto se moverán al estar conectado al trabajo de mi compañero, y la resolución emocional de mi problema estará más cerca". En terapia individual podemos resolver conflictos en la intimidad, que después deben ser llevados a la vida real. El trabajo grupal permite socializar los cambios en este escenario, de forma que la socialización en muchos casos ya se ha realizado tras el trabajo. El grupo ayuda también a normalizar: "lo que me pasa a mí también les sucede a otros" Disminuye la angustia ante lo desconocido, se tiene la sensación de entrar en un ámbito de trabajo que tiene reglas con las que otros ya están familiarizados y parece que les funcionan. Lo "ideal" en cada sesión es que se impliquen todas las personas que participan, lo que no significa necesariamente trabajar un conflicto, a veces el trabajo de colaboración o de reconfortamiento de alguno de los compañeros, puede

ser el trabajo de ese día. En algunas ocasiones, los participantes tendrán clara su emoción y cómo quieren expresarla, y en otras es posible que tengamos que ir analizando con él/ella, el tema que trae ese día a terapia, para que vaya conectando con la emoción que hay detrás. Facilitamos la expresión de las emociones utilizando técnicas que habéis visto en el módulo de Técnicas de Trabajo Emocional. Antes de empezar a contactar y expresar su emoción, el terapeuta le pregunta ¿quién quieres que te reconforte? Así, cada paciente decide intuitivamente quién le puede dar lo que necesita en ese reconfortamiento. El reconfortamiento le asegurará que, a pesar de haber expresado su emoción y transgredido la posible prohibición primaria de no sentir o expresar emociones, es aceptado y acogido, no está solo y por tanto no confirma la amenaza de perder el amor parental que generalmente acompaña a la prohibición primaria. Cuando ya ha elegido a su reconfortador, le facilitamos que contacte con su emoción y que se permita expresarla. Cuando el paciente que acaba de trabajar ya está en reconfortamiento, preguntamos al resto de las personas que hay en el grupo ¿quién quiere ser el siguiente en trabajar? En otras ocasiones, si vemos que alguno de los participantes está afectado, llorando o mostrando su miedo por el trabajo que ha realizado su compañero anterior, le preguntamos si quiere trabajar esa emoción o, si por el contrario, lo que necesita en ese momento es un reconfortamiento para expresarla, y en todo caso más tarde nos dirá si necesita algo más para su propio proceso. Vamos pasando de uno a otro e intentamos que todos los asistentes al grupo, puedan trabajar y expresar lo que traen ese día, siempre teniendo en cuenta la máxima “aquí nunca harás nada que no quieras hacer”, que da el permiso para negarse a hacer cualquier cosa que no quiera. Finalizamos las sesiones haciendo una ronda en la que cada uno nos indicará cómo se siente antes de marcharse, si está cerrado o si, por el contrario, no lo está y necesita algún ejercicio más (por ejemplo contactar con el poder) para sentirse más seguro al salir del grupo y volver a su día a día. Consideramos el trabajo grupal como un laboratorio para explorar en un espacio seguro y nutricional, pensamientos, conductas, sentimientos con el fin de mejorar y favorecer el autoconocimiento, ampliando el desarrollo personal. Como decía Robert Goulding, una de las razones para el uso de los grupos es que éstos proporcionan una

experiencia vital, que los miembros pueden trasladar a su propia familia, amigos y comunidad. Cada uno de los miembros del grupo puede aportar la ayuda y protección que el trabajo emocional requiere para que el otro esté seguro.

Requisitos para participar en una terapia de grupo Haber tenido antes sesiones de terapia individual que permitan al paciente haber establecido un vínculo seguro con su terapeuta. Habitualmente trabajamos en una habitación que ha sido debidamente insonorizada y que no genere ecos, de manera que se puede gritar o dar golpes, sin que se escuche desde el exterior, para la protección de los pacientes y para no interferir en la vida de nuestros vecinos. Además de firmar el contrato de terapia, se pide a los miembros de los grupos tener Integración.

Recomendaciones para el trabajo grupal:

- Puntualidad. Las sesiones comienzan a horario y deben concluir a tiempo, para cumplir con las responsabilidades profesionales del centro y sus terapeutas.
- Asistencia. Venir a las sesiones con una predisposición activa y se recomienda mantener el compromiso de asistencia a todos los grupos
- Respeto. Las observaciones, comentarios y críticas en el grupo se harán dentro del marco del respeto mutuo.
- Ropa de colores claros, no sintética y cómoda que facilita la expresión emocional. No llevar cinturón, sujetador, pendientes, relojes, pulseras ni nada metálico.
- Cuidar la higiene personal: venir a la sesión, limpios o duchados, sin pintar y sin colonias.
- Apagar los móviles, incluso en el vestuario.

En el contrato de terapia, se incluyen reglas de obligado cumplimiento que ya conocemos:

- No violencia: durante la terapia NO hagas conscientemente daño ni a ti, ni a nada, ni a nadie.
- No auto agredirse. No romper nada que no haya sido preparado para ser roto. No agredir a persona alguna, ni hacerle daño intencionadamente.
- No sexualización: no sexualizar mientras dure la terapia, ni tener relaciones sexuales con nadie que conozcas dentro de una actividad terapéutica del Instituto Galene, ya sea de tu mismo grupo o de otro, de tu mismo terapeuta o de otro, o le hayas conocido en un taller. Si se produce el comienzo de un proceso de enamoramiento, lo más importante será trabajarlo cuanto antes en terapia, para poder analizar lo más posible el proceso y buscar una solución.
- Confidencialidad: no contar nada de lo que pasa dentro de la terapia a nadie. Cada uno puede hablar de sí mismo sin revelar datos de sus compañeros, de los terapeutas, ni de los procedimientos que se emplean en terapia. Los terapeutas así mismo, cumplirán con el secreto profesional y no revelaran datos de los pacientes a personas ajenas al equipo terapéutico o sus supervisores.
- Acabar la sesión: el compromiso es no marcharse antes de que acabe la sesión, sin haber cerrado el trabajo que se ha estado realizando durante la misma. También a que no dejar el proceso de terapia sin haber realizado, al menos, dos sesiones de cierre.

Algunas recomendaciones durante el proceso de Psicoterapia son:

- No provocar rupturas (cambios de casa, dejar un trabajo, romper una pareja, etc.)
- No realizarse alteraciones permanentes en el cuerpo sin haberlas trabajado previamente.
- No ponerse en peligros graves.
- No consumir drogas.

Y en cuanto a reglas administrativas conviene que algunos puntos queden reflejados claramente en el contrato:

- La terapia grupal, incluye la participación en dos grupos de terapia de tres horas al mes y una sesión individual de 50 minutos al mes. Para la realización de las sesiones individuales, cada paciente pactará con su terapeuta la hora dentro de cada mes, con el tiempo suficiente para su realización. Las sesiones individuales no son reembolsables ni acumulables.
- Las vacaciones de terapia grupal serán durante todo el mes de agosto, salvo que el grupo por unanimidad negociara un cambio de esta fecha.
- Cuando coincida con un día de fiesta, el grupo se recuperará en una sesión acordada por la mayoría.
- Para cambios de horario y/o día de una sesión ordinaria de grupo, será necesaria la unanimidad de de todos sus miembros.
- El tratamiento habrá que abonarlo antes del último día del mes en secretaría, por transferencia, o bien a través de domiciliación bancaria rellenando y firmando el correspondiente impreso.
- El terapeuta facilitará su número de teléfono móvil exclusivamente para casos de emergencia. El paciente tendrá que abonar la atención telefónica de emergencia tan solo si ésta excede los 10 minutos.

TERAPIA FAMILIAR Y MARITAL

La terapia de familia se ha utilizado con éxito en todo tipo de problemas psiquiátricos, sin embargo, esta especialmente indicada cuando la queja presentada es un conflicto familiar abierto o cuando los pacientes están inmersos en una situación desgraciada en el hogar. Un conflicto abierto es aquella situación conflictiva en una familia y que todos los miembros de la familia reconocen.

La terapia familiar tiene 2 graves inconvenientes:

- 1.- De orden práctico y consiste en reunir a todos los miembros de la familia en una fecha, una hora y un lugar determinado.
- 2.- Cada miembro de la familia forma parte de sistemas sociales mayores, es decir, tiene sus amigos, sus compañeros de trabajo o estudios, su familia extensa,... En este sentido es difícil controlar la influencia y además esa influencia puede ser significativa en el resultado de la intervención.

*** NOTA: Esta Antología es para fines de enseñanza teórica rápida, sin embargo, cabe recalcar que para analizar a detalle cada tipo de terapia psicológica deberán empaparse de diversas literaturas, tanto libros, como artículos académicos y de investigación, etc; que conforme se vaya avanzando en el temario serán proporcionados con anticipación para su previa lectura, a la clase.