



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: UNA
RESPUESTA AL CONFLICTO DEL SER HUMANO

0349911

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
DAVID GARCIA ZARAGOZA

DIRECTOR: MAESTRA MARGARITA RIVERA MENDOZA



MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE DE 2005

AGRADECIMIENTOS:

Dedico y agradezco el presente trabajo, con todo respeto, a:

Dos personas que si no fuera por ellos no estaría aquí, a ellas les debo la vida, los primeros pasos en la educación escolar y tantas otras cosas más. A **Magda y David** que en donde quiera que estén les digo: Gracias **Mamá** y Gracias **Papá**.

Mi esposa, Claudia Erika, que me apoyó y soportó todo el tiempo que duro la carrera y me dio una lección de lo que es el verdadero amor. Gracias por esos empujones y regaños, **te amo**.

José David, mi hijo mayor, que si la vida decidió que él fuera como es, gracias le doy, ya que me ha enseñado a ver mi existencia de una manera diferente y ha disfrutar lo hermosa que es. Gracias hijo **te amo**.

Mi hijo menor, Ángel Daniel, que aunque no estuviste en el proceso de la carrera eres uno de las principales fuentes de inspiración para la culminación de este trabajo por el amor que te tengo y que me das, gracias.

Laura Erika, gracias por el apoyo incondicional que me has y que me sigues brindando sin merecerlo.

Mis queridos suegros, Yolanda y Joseli, por el apoyo moral y económico que han brindado a mí y a mi familia. Gracias, pero muchísimas gracias los quiero.

Mis cuñados, Paty y Héctor, por todos esos favores y apoyo ilimitado que me han ofrecido, gracias.

Mis hermanos; Martha, Maricela, Javier, Jorge y Raúl: por su comprensión y apoyo en momentos difíciles de la vida, gracias.

Maestra, Margarita Rivera Mendoza, gracias por la comprensión, la asesoría, la paciencia y el apoyo que me brindó durante el tiempo que tarde en realizar este trabajo, muchas gracias.

Mis sinodales; Gabriela Romero, Yolanda Bernal, Teresa Gutiérrez e Inda Sáenz, por el apoyo y consejos que me aportaron para finalizar mi proyecto.

MIL GRACIAS A TODOS.

INDICE

	Página.
Resumen	3
Introducción	4
Cap 1. Conflicto	9
1.1 ¿Qué es el conflicto?.....	9
1.2 Conflictos que deben tener apoyo psicoterapéutico	11
1.2.1 Conflictos en la infancia	12
1.2.2 Conflictos en la adolescencia.....	14
1.2.3 Conflictos en la adultez	18
Cap. 2. Psicoterapia Cognitivo Conductual	21
2.1 Historia de la terapia cognitivo conductual	21
2.2 ¿Qué es la psicoterapia cognitivo conductual.....	31
2.2.1 Objetivos de la psicoterapia cognitivo conductual	39
2.2.2 Puntos importantes dentro de la Terapia Cognitivo Conductual	40
2.2.3 Algunos procedimientos de la psicoterapia cognitivo conductual	45
2.2.4 Actitudes que se evitan en la terapia cognitivo conductual	54
Cap. 3 Técnicas aplicadas en la práctica terapéutica de la Tesis	56
3.1 Antecedentes de la Terapia Racional Emotiva	57
3.1.1 Descripción de la TRE.....	59
3.1.2 El A-B-C-D-E de la TRE.....	66
3.1.2.1 Formato para el análisis racional de los pensamientos	78
3.2 Intervención en crisis	80
3.3 Desensibilización sistemática	82
3.3.1 Análisis formal de la Desensibilización sistemática.....	83
3.3.2 Técnica de la Desensibilización sistemática.....	84
3.3.3 Consideraciones cuantitativas.....	88
3.3.4 Algunos obstáculos o fallas dentro de la Desensibilización sistemática.....	89
3.4 Entrenamiento asertivo	89
3.5 Reestructuración cognitiva	92
3.6 Métodos interpersonales	97
3.6.1 Entrevista y Orientación Familiar.....	97
3.6.2 Entrevista y Orientación de pareja.....	97
3.6.3 Consejo conductual para familiares.....	98
3.6.4 Observación del participante	99
Cap. 4 Aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Conductual	100
4.1 El proceso	103
4.2 El tratamiento Psicoterapéutico en Niños.....	104
4.2.1 Casos Clínicos	109
4.3 El tratamiento Psicoterapéutico en Adolescentes	125
4.3.1 Casos Clínicos	126
4.4 El tratamiento Psicoterapéutico en Adultos.....	137
4.4.1 Casos Clínicos	140

.....	Pagina
Resultados.....	152
Conclusiones.....	163
Anexos	169
Bibliografia	185

RESUMEN

En el presente trabajo se exploró el significado de conflicto desde la perspectiva de varios autores y la forma en que se presenta en las etapas del desarrollo humano. El objetivo principal es el demostrar que la ayuda psicoterapéutica en especial la cognitivo conductual es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida, cuando se somete a este tipo de terapia y muestra la disposición para trabajar en ello. La muestra estuvo compuesta por 15 sujetos (5 niños edad promedio 9 años, 5 adolescentes edad promedio 17 años y 5 adultos con una edad promedio de 35 años). Después de la asistencia a 12 sesiones, a cada paciente se le aplicó un cuestionario para analizar su avance terapéutico y corroborar los resultados del tratamiento en los pacientes. Se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico "C" de Cramer para el análisis cuantitativo y además se describe en forma cualitativa el proceso terapéutico y sus progresos. En general se observó que gracias a la psicoterapia cognitivo conductual la mayoría de los pacientes pudo resolver el conflicto que lo llevo a pedir ayuda profesional.

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de su vida el ser humano se enfrenta a una serie de conflictos que pueden ser de tipo cognitivo, afectivo, somático, interpersonal, conductual, etc. En todos estos tipos de conflictos un alto porcentaje de personas desconocen la forma de cómo afrontarlos. Algunas otras buscan apoyo en una persona no profesional en la materia de salud mental, digamos; mamá, papá, un(a) hermano(a), un(a) amigo(a), etc... alguien a quien contarle su conflicto. El inconveniente de este tipo de ayuda es en primera instancia, y la más importante, la falta de preparación profesional en la materia por parte de la persona a la que se acude. Y en segundo, el tipo de relación que se lleva con el individuo en conflicto, es decir, la forma en que se encuentra involucrado emocionalmente con él. Algunas más deciden que ellos tienen la capacidad suficiente para poder afrontar solo su problema y rechazan todo tipo de ayuda. El porcentaje más bajo y que comienza acrecentarse, es el de las personas que recurren a la ayuda psicoterapéutica, ofrecida por un profesional de la salud mental, llámese psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra.

El marco teórico en el que se sustenta el presente trabajo es el cognitivo conductual, ya que lo que se pretende es demostrar que es eficiente para la resolución de los conflictos enfrentados hasta el momento.

Con este trabajo se pretende que el ser humano haga conciencia y vea a la psicoterapia cognitivo conductual como la opción útil, práctica, rápida y efectiva en el trabajo de la resolución a las demandas de índole: afectivas, cognitivas, somáticas, interpersonales y/o conductuales.

Ruíz, S.J. e Imbernon, G.J. (1999) define al tipo de demanda de la siguiente forma:

- a) El de tipo cognitivo que son pensamientos automáticos y creencias irracionales. por ejemplo; pensar imaginar un evento anticipadamente que puede traer como consecuencia una actividad delirante y alucinatoria.
- b) El afectivo que son las emociones, y que son las que con más frecuencia se observan. ejemplo: el cambio de humor o estado anímico que tienen como consecuencia la aparición de los estados depresivos.
- c) El somático que no son otra cosa, sino los acusados por algún tipo de enfermedad. dieta, ejercicio o el consumo de algún tipo de droga, causando efectos como: tics nerviosos, el no poder controlar los movimientos motrices y cefaleas.
- d) El interpersonal que es la forma en que el individuo se relaciona con otras personas en el ambiente en el que se desenvuelve como: pareja, familia, trabajo, etc.... Y la forma en que él responde, por ejemplo: la separación conyugal que tiene como consecuencia una desprotección hacia la familia.
- e) El conductual que son las actividades y conductas que él desarrolla. por ejemplo el violentarse contra alguien, traerá como respuesta la agresividad por parte de la persona que ha ofendido.

Partimos de la tesis de que la psicoterapia cognitiva constituye en la actualidad uno de los enfoques psicoterapéuticos de gran utilidad en muchos trastornos psicológicos. En ella se sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar, llamadas distorsiones cognitivas, que se derivan de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil, generalmente actúan a nivel inconsciente sin que la persona se percate de su papel. Estos significados o creencias subyacentes reciben el nombre de “Esquemas cognitivos o supuestos personales”, siendo estos la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y

expectativas futuras. Los supuestos personales permanecen inactivos o dormidos a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes se activan o despiertan y actúan a través de manifestaciones concretas, produciendo errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que se relacionan con ciertos estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de cogniciones de las personas que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional y trastornos de conducta, a estas se les llaman pensamientos automáticos. Sólo son cognitivas las problemáticas que demandaron atención o en la que interviene la terapia cognitivo conductual.

Las principales demandas del servicio son problemas de violencia intra familiar, divorcios, alcoholismo, drogadicción, pérdidas tanto materiales como de personas, trastorno de personalidad, problemas de aprendizaje y atención, sobre todo en niños.

El trabajo terapéutico aplicado a estas problemáticas como ya se ha mencionado es la terapia cognitivo conductual y se quiere demostrar su efectividad con el reporte de los casos clínicos que fueron atendidos psicoterapéuticamente, en el Centro de Seguridad Social del Seguro Social (a cargo de Dra. Guadalupe Martínez Martínez y la Lic. Patricia Solar Vázquez, Directora y Administradora respectivamente), en donde se brinda apoyo educativo y atención psicológica, además de otros servicios como: danza, gimnasia, talleres de corte y belleza, apoyo a la tercera edad y artes marciales. Disfrutan de los servicios todo tipo de personas, sin ninguna restricción. El Centro está ubicado en la Unidad Habitacional del Seguro Social No. 2 en Tequexquahuac, Tlalnepantla, Edo. de México. Donde se aporta la experiencia profesional adquirida en el Instituto Nacional de Autoestima Grupal, en el D.F. Y en el Centro de Atención a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA).

dependencia de la Procuraduría General de Justicia del D.F., (lugar donde realicé el Servicio Social).

El planteamiento inicial es que si bien un profesional de la salud mental, proporciona sus conocimientos y su esfuerzo para que el paciente pueda resolver sus conflictos, ésto puede llevarse a cabo cuando el paciente tiene un papel importante con su perseverancia y disposición para la resolución de sus conflictos. Y se reconoce a la psicoterapia cognitivo conductual como una herramienta útil para que el ser humano pueda resolver sus conflictos. Hay que recordar que nadie puede obligar a alguien a hacer algo que él no quiera hacer, y que es necesaria su cooperación para lograr las metas fijadas.

Para llevar a cabo la selección de la muestra se empleó el tipo de muestreo por cuota, es decir, pacientes quienes cumplieran con la característica deseada (asistencia a 12 sesiones).

El tratamiento estadístico descriptivo, específicamente la utilización del coeficiente de correlación no paramétrico "C" de Cramer, permitió dar cuenta de la efectividad del tratamiento.

La importancia social de esta investigación es el lograr que el alto porcentaje de la población que ante un conflicto no asiste a la ayuda profesional, haga conciencia real de la situación en la que vive, para que busque la psicoterapia como una forma de solución a sus conflictos del tipo que sean, con la disposición para el cambio.

Esta tesis tiene importancia teórica-empírica en el sentido en que puede demostrar que el procedimiento aplicado es el adecuado y conveniente para que el ser humano resuelva sus necesidades, lo cual facilita que lo vea como una buena opción, y no como una pérdida de tiempo y dinero para la resolución de sus conflictos. Por otro lado el profesional de la Salud Mental basándose en los resultados de este trabajo tendrá un documento que puede

apoyar y/o mejorar su plan a seguir, dirigiendo más su atención a los métodos que dentro de la práctica psicoterapéutica han demostrado ser más eficaces.

La intención personal de realizar este trabajo es que aquellas personas que lo revisen, vean que la experiencia en el manejo de la psicoterapia cognitivo conductual ha servido para lograr que los pacientes encuentren una solución a sus conflictos. Y que además el trabajo sea identificado como una fuente bibliográfica de apoyo en el tratamiento de conflictos del ser humano en sus diferentes etapas de desarrollo.

El objetivo entonces es el de reconocer a la psicoterapia cognitivo conductual como una herramienta útil para que el ser humano pueda resolver sus conflictos en las diferentes etapas de su vida. Apoyándonos en las técnicas que nos ofrece este tipo de psicoterapia.

El trabajo se ha dividido en cuatro capítulos: el primero analiza el concepto de conflicto de acuerdo con varios autores, además refiere los diferentes tipos de conflictos que el ser humano enfrenta en sus etapas de desarrollo. El segundo aborda el origen, historia y objetivo de la psicoterapia cognitivo conductual, también se hace referencia a algunos procedimientos y puntos importantes que se manejan dentro de este tipo de terapia. En el tercero se citan las técnicas aplicadas en la tesis como son: la Terapia Racional Emotiva, intervención en crisis, la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, entre otras. Y en el cuarto se hace referencia al reporte de la aplicación de la terapia dividido en las tres etapas (niñez, adolescencia y adultez) del desarrollo humano, los resultados y a las conclusiones obtenidas a partir del trabajo realizado.

CAPITULO 1: CONFLICTO.

*"No es fácil aunque tampoco imposible, balancear la razón y los sentimientos
y/o satisfacer a la cabeza y al corazón a la vez "
Albert Ellis.*

Es indudable y muy cierto que el ser humano desde que nace se enfrenta a la toma de decisiones, decidir entre dos o más situaciones, cada una de éstas con una fuerza que al enfrentarse entre sí en la mente del individuo forman un conflicto, el cual debe tratar de resolver escogiendo la opción que más satisfaga a sus necesidades. Por tanto el conflicto es y formará siempre una parte esencial en el desarrollo del ser humano, por lo que es necesario aprender a solucionarlo de la manera más placentera que se pueda.

Veamos algunas definiciones de conflicto desde el punto de vista de diferentes autores.

1.1 ¿Qué es el conflicto?

Según, Rodríguez, E.M. (1989), la palabra conflicto (conflictus) viene de un compuesto del verbo latino fligere, flictum, de donde derivan affigere, afictum e infligere, inflictum, afligir, infligir. Significa chocar. Así pues el conflicto es de acuerdo con su origen un choque.

Frank A. Geldar (1975), menciona que la regla general es la de que dos sistemas opuestos de conducta pueden causar conflicto y lo causarán si se quiere poner en juego a ambos al mismo tiempo, de ésto se desprende que hay muchísimas situaciones que pueden ser fuentes de conflicto. Lo que no se desprende, por supuesto, es que todas las situaciones complejas que tengan que ver con diversos sistemas de conducta sean motivo de conflicto. Se puede llegar a una conducta armoniosa aun cuando se presenten dos o más impulsos. Las semillas del conflicto existen sólo cuando operan impulsos incompatibles, cuando se activan simultáneamente sistemas de conducta antagónicos. Entonces, habrá que suprimir uno o más sistemas antes de que el restante pueda operar libremente. Pueden haber estados

de conflicto de mayor o menor importancia en la vida del individuo. La gama de conflictos puede oscilar entre la indecisión transitoria, a propósito tal vez de algo de importancia tan pequeña como la compra de una u otra marca de productos en una tienda, hasta prolongados forcejeos o bloqueos de conducta, trastornos graves como la inmovilidad del paciente histérico o el miedo paralizador del psicasténico¹. El no haber resuelto un conflicto comúnmente constituye el núcleo de la conducta neurótica, aun cuando la causa última pueda ser otra cosa, por ejemplo, una insuficiencia física fundamental.

Los conflictos momentáneos, las pequeñas indecisiones no tienen mayor importancia en los ajustes que diariamente practicamos (a menos que se hagan demasiado compulsivos e invadan cada acción en forma de dudas y escrúpulos recurrentes, en cuyo caso será mejor llamarlos obsesión) y la mayoría de nosotros nos conducimos de manera que algunas veces no tocamos en la neurosis. Entre estos extremos hay una amplia gama de situaciones de conflicto unas más graves que otras, que probablemente habrán de ser importantes en nuestro diario vivir y que tienen mucho que ver con la felicidad o la desdicha de nuestra existencia.

Harre, R. y Lama, R. (1992) afirman, "El conflicto es un estado psicológico de indecisión que se produce cuando una persona es influida simultáneamente por dos fuerzas opuestas de intensidad aproximadamente igual"

En Bastin G. (1979), se dice que "Hay conflicto interno cuando dos fuerzas opuestas entre sí emplazan al individuo a un estado de tensión dolorosa. Estas fuerzas son, de un lado las tendencias pulsionales, las necesidades, los deseos a satisfacer (principio del placer) y de otro, los obstáculos que se oponen a la realización de esas pulsiones.

¹*Psicasténico.-que padece de psicastenia, que es un síndrome neurótico caracterizado por la falta de voluntad, la duda, los escrúpulos y la meticulosidad. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003.*

Al revisar las definiciones anteriores, concluimos que el conflicto se presenta en el ser humano, cuando éste se encuentra en un estado de indecisión, por la presencia de dos o más fuerzas opuestas con la misma intensidad, que le provoca un estado psicológico desequilibrado y en el cual hay que incidir para recobrar el equilibrio.

1.2 Conflictos que requieren apoyo psicoterapéutico.

Basándonos en la conclusión del punto anterior y recordando lo que manifiesta Ruíz, S.J. e Imbernón, G.J. (1999) acerca de la existencia de diferentes tipos de conflictos como el: cognitivo, afectivo, somático, interpersonal y conductual, aclaramos que también son los que aparecen como básicos en la demanda de la terapia desde nuestra experiencia. Y que para seleccionar el tratamiento a cada uno de éstos debe investigarse el origen de ese conflicto. Es importante recalcar que los conflictos enferman mental (depresión, trastorno bipolar, violencia, etc.) y físicamente (corazón, cáncer, enfermedades inmunológicas, dolor crónico, etc.) hasta aumentan la probabilidad de accidentes de tránsito, incluidos los mortales; de esta forma afirmamos que los conflictos que deben tener apoyo psicoterapéutico son aquellos que presenten o desencadenen en el ser humano estados de angustia, depresión, ideas alucinatorias, desintegración familiar, adicciones y dolores corporales, que pueden ser: pérdidas tanto materiales, como de seres queridos; violencia; bajo rendimiento escolar y laboral; divorcios; adicciones (alcohol y drogas); pensamientos e ideas irracionales, etc. Cabe mencionar que algunos conflictos causados por ciertas enfermedades tienen restricciones, como lo menciona Fernández, V. (1981), "Es obvio que ante auténticas enfermedades, como los trastornos de origen cromosómico (por ejemplo,

síndrome de Down ²⁾, se puede hacer psicoterapia sólo para resolver problemas familiares derivados de tal enfermedad, más no para curarlos. Lo mismo puede decirse de la meningoencefalitis sifilítica ³ y de otros muchos trastornos orgánicos.”

1.2.1 Conflictos en la infancia.

Kaplan, H. y Sadick, B. (1992), estiman que las urgencias psicológicas infantiles más frecuentes se relacionan con: a) envenenamiento accidental, b) trastorno por déficit de atención, c) fobia a la escuela, d) adopción, e) síndrome de niño maltratado, f) anorexia nerviosa, g) conducta incendiaria, h) agresión sexual, i) síndrome de abstinencia a drogas en recién nacidos, j) hospitalización del niño, k) duelo, y l) enfermedad fetal.

Los problemas de las urgencias con niños se suelen relacionar con frecuencia con las etapas del desarrollo psicoevolutivo, motivación principal de la etapa y las tareas o preocupaciones de cada fase evolutiva, Ruíz S. e Imbernón G. (1999).

De acuerdo con Ruíz J. e Imbernón J. (op.cit), en la primera infancia (0-1 año) el proceso principal de esta fase es el de desarrollar confianza vs desconfianza con las tareas de alimentación, desarrollo sensorial motor y obtener estabilidad emocional. Los problemas de crisis o urgencias se suelen relacionar con los trastornos alimentarios, enfermedad física o lesión y el rechazo por el cuidador primario.

2 síndrome de Down.-Trastorno congénito caracterizado por distintos grados de retraso mental y defectos múltiples. se debe a la existencia de un cromosoma adicional en el par 21. Diccionario de Medicina Océano Mosby (1994)

3 meningoencefalitis sifilítica.- Parálisis general progresiva Diccionario de Medicina Océano Mosby (1994)

En la etapa de inicio de la independencia (1-2 años) el proceso principal de la fase es lograr autonomía vs. vergüenza y duda, con las tareas de aprender a caminar, hablar, desarrollar el sentido de la independencia y la adaptación a las demandas de la socialización. Las urgencias o crisis, se relacionan con la lesión física y los conflictos con el cuidador primario en torno a la independencia, control de esfínteres, sueño, etc...

En la etapa de la infancia primaria (2-6 años) las causas principales se relacionan con las habilidades de aprendizaje, control muscular, desarrollo de conceptos corporales, diferencias sexuales, valores culturales y sentido del bien y del mal, conceptos de realidad física social y desarrollo de habilidades relacionales con familia y compañeros. Las crisis y urgencias más frecuentes se relacionan con las lesiones físicas, conflictos con los padres, maestros o compañeros, problemas de ingreso escolar o parvulario y pérdida de amistades por emigración o cambio de domicilio.

En la infancia media (6-12 años) el impulso principal de esta fase es el de desarrollar el sentido de capacidad vs inferioridad. Las labores de esta fase implican el dominio de las tareas escolares, solución de problemas, relacionarse con adultos, maestros y compañeros desconocidos, desarrollar el sentido de la independencia dentro del grupo familiar y desarrollar el autocontrol y tolerancia a la frustración. Las crisis y urgencias más frecuentes se relacionan con las dificultades del aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros, maestros, padres y cambios en la escuela. La anterior división en fases, motivos guías de desarrollo, tareas y problemas frecuentes, puede servir al clínico como guía general para evaluar intervenir en cada caso de trastorno infantil según las pautas evolutivas.

Es importante tener en cuenta que el problema del niño puede ser usado en un conflicto de pareja o familiar en las llamadas coaliciones o alianzas, donde el problema del niño ayuda a mantener en un ciclo repetitivo los conflictos de los adultos implicados.

Respecto a los compañeros es importante determinar si el niño tiene amigos, la calidad, gratificación y extensión de estas relaciones, los problemas en las mismas y las propias habilidades del niño para manejarse socialmente. Un aspecto muy importante del desarrollo social lo constituyen las relaciones que se establecen con los otros. Durante los comienzos de la vida, los adultos, y los padres en particular, son componentes esenciales de nuestra existencia, pero a medida que vamos creciendo el ámbito de relaciones se amplía y hermanos, amigos y otros adultos empiezan a desempeñar un papel cada vez más importante, que terminará por primar sobre el de los progenitores, Delval J. (1994).

Respecto a los profesores es importante determinar la relación entre éstos y el niño, el grado de apoyo percibido por el niño y los conflictos en curso.

1.2.2 Conflictos en la adolescencia.

Si comparamos las conductas de niños y jóvenes nos damos cuenta rápidamente de que durante un periodo que podemos situar entre los doce y los quince años (con el riesgo a fijar arbitrariamente unos límites) se producen cambios profundos en los sujetos, que se manifiestan en todo lo que hacen. Los niños y niñas dejan de serlo para pasar a convertirse en adolescentes. Esos cambios son tanto físicos como psicológicos o sociales. Por decirlo brevemente y de una manera muy esquemática, desde el punto de vista físico se observa una gran aceleración del crecimiento, pero también cambios en la forma del cuerpo; desde el punto de vista psicológico, una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que va unida a capacidades intelectuales muy superiores y a un gusto por lo abstracto y por el pensamiento; y desde el punto de vista social, el establecimiento de

unas relaciones distintas con el grupo de los coetáneos y con los adultos, y la búsqueda de un lugar propio en la sociedad.

Aunque los cambios en el crecimiento no constituyen los únicos fenómenos que se producen en la adolescencia, sin embargo resultan los más llamativos a primera vista, porque son muy evidentes. Además están estrechamente relacionados con los cambios sociales, pues son los que van a posibilitar que los jóvenes se inserten en la sociedad adulta. Durante este periodo, los humanos alcanzan su capacidad reproductora, lo cual constituye un índice esencial de la llegada a la etapa adulta. Delval J. (op. cit).

El comienzo de la adolescencia viene marcado por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina la pubertad. Pero la pubertad es un fenómeno físico que conviene diferenciar de la adolescencia, la cual, como veremos, depende mucho de factores del ambiente social. Desde el punto de vista físico y fisiológico, se producen transformaciones de una profundidad y rapidez muy superiores a las de la etapa anterior y que sólo tienen comparación con las que habían tenido lugar durante la etapa fetal y los momentos posteriores al nacimiento. El cambio físico más evidente se refiere al tamaño y la forma del cuerpo y también al desarrollo de los órganos reproductivos, pero además de eso, hay otros muchos cambios menos visibles, por lo que el proceso del desarrollo físico es bastante complejo. Como decimos, al comienzo de la adolescencia se produce una importante aceleración del crecimiento, en talla y peso, que se había disminuido después del nacimiento.

Los cambios en el adolescente son producidos por las hormonas, algunas de las cuales aparecen por primera vez mientras que otras simplemente se producen en cantidades mucho mayores que antes. Cada hormona actúa sobre diversos receptores y, por ejemplo, la testosterona actúa sobre receptores en las células del pene, la piel de la cara, los cartílagos

de las uniones del hombro y algunas partes del cerebro. Los cambios que producen estas hormonas afectan al aumento de la longitud del cuerpo, a su forma y a las relaciones entre las partes, al desarrollo de los órganos reproductivos y a los caracteres sexuales secundarios.

El control hormonal del crecimiento es diferente del que se producía en etapas anteriores y, quizá por ello, el crecimiento de la adolescencia es independiente del que tuvo lugar antes, de tal forma que, durante la adolescencia, un chico o chica pueden cambiar su estatura en relación a los de su edad.

Muchos aspectos del crecimiento son semejantes en varones y mujeres, mientras que otros son específicos.

La adolescencia no es un periodo unitario, sino que puede dividirse en varias fases que están determinadas por el tipo de sociedad. Puede distinguirse un periodo inicial, o adolescencia temprana, en el que tienen lugar los rápidos cambios físicos, que apenas dan tiempo para que el joven se habitúe a ellos, donde los chicos(as) empiezan a verse distanciados de sus padres y de su condición anterior de niños. En la adolescencia tardía, se ha producido ya la asimilación de esos cambios y empiezan a hacerse planes respecto a la vida futura, el/la joven se hace más independiente de la vida familiar, pasa mucho tiempo fuera de la casa, con los amigos, y saca partido de los cambios referentes a la vida social y al pensamiento.

En la adolescencia se observan, entonces, importantes cambios en el concepto de sí mismo o autoconcepto⁴. Los niños tienen también un autoconcepto pero mucho más simple y muy referido a rasgos externos y materiales. Como respuesta a la pregunta ¿Quién soy?,

4.- El autoconcepto es el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003

suelen contestar haciendo referencia a rasgos físicos, a la actividad que realizan o a los objetos que poseen. Un chico de nueve o diez años puede aludir a que es un niño, que estudia el quinto año, que vive en la calle X, que tiene dos hermanos, etc. En cambio, a partir de los doce años las descripciones pasan a referirse a aspectos más psicológicos y a las relaciones con los otros. Un chico puede describirse diciendo que es una persona, que tiene bastantes amigos, que le gusta salir a pasear con ellos, que le gustaría hacer las cosas mejor, que tiene la sensación de ser dos personas distintas, una cuando está con sus amigos y otra cuando está con su familia. El autoconcepto de los adolescentes es mucho más complejo y es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás. Esa imagen reflejada es esencial, pero no siempre exacta y pueden llegar a producirse deformaciones tremendas. Todos queremos ser los mejores, al menos en un ámbito, y tenemos miedo a no destacar y a que los otros no nos aprecien. Los adolescentes experimentan grandes oscilaciones, que van de sentirse excepcional, a situarse muy por debajo de los compañeros. Es una etapa de tanteos hasta encontrar el justo lugar, en él existe un gran miedo al ridículo. Una audiencia imaginaria que atormenta al adolescente y le hace sentirse escrutado por los demás.

Cada uno de nosotros va construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Esa identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del yo, entre los cuales puede incluirse el autoconcepto. Delval J. (Op. Cit.).

1.2.3 Conflictos en la adultez.

Hemos venido señalando que la inserción en la sociedad adulta es el carácter definitorio más esencial de la adolescencia y la tarea principal que los adolescentes tienen que afrontar. Por ello su importancia no puede infravalorarse.

El día en que alcanzamos la mayoría de edad legal cambiamos nuestra relación respecto a la dependencia y la responsabilidad. Desde el punto de vista de la ley, somos adultos y tenemos la responsabilidad; para ser exitosos, necesitamos adquirir, o poseer ya, el aprendizaje necesario para poder desempeñarnos en esta etapa tan difícil.

Esta etapa puede dividirse en adultos jóvenes, de mediana edad y adultos mayores. Cada parte tiene tareas de crecimiento, responsabilidades y privilegios específicos que le son inherentes, además cada una sirve de fundamento y eslabón con la siguiente. Cuando alguna de ellas se ve interrumpida antes de su culminación, como cuando el individuo llega a la edad adulta sintiéndose un niño, las etapas pierden su armonía y el ciclo de crecimiento se distorsiona. El conflicto que se observa aquí es el conocido Síndrome de Peter Pan⁵ y el de Wendy⁶.

5.- Conjunto de características que tiene aquella persona que no sabe o no quiere renunciar a ser un hijo/a para empezar a ser padre/madre. Falta de responsabilidad, actitudes de desamparo, extorsión emocional y una alegre y despreocupada visión de la vida, son algunos de los síntomas de aquellos hombres quienes, como Peter Pan, eligen ser eternamente niños. Cualquiera sea su edad, 25, 40 o 60 años, siguen actuando, sintiendo como adolescentes. Por una parte, suelen ser personas divertidas y a su lado todo parece pura alegría de vivir. Pero por la otra, tratan de evadir continuamente sus responsabilidades; se refugian en fantasías imposibles de cumplir y culpan a los demás de todo lo que les ocurre. Con el tiempo, todos nos convertimos en personas "grandes", independientemente de lo que hagamos o no por nuestras vidas. Sin embargo, para llegar a ser adulto, una persona debe elegir serlo y empeñarse en lograrlo. Y lo primero es aceptar la responsabilidad por lo que uno es y por lo que uno hace; y esto implica no evadir las obligaciones y responsabilidades; no utilizar excusas para justificar sus propias conductas. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003

6.- Desarrolla un rol de madre protectora que asume las responsabilidades que Peter Pan no digiere. Está influenciado por un modelo de padres en que se ha sentido excluido y asumirá el papel de los padres que no ha tenido y lo pondrá en práctica con alguien que se deje cuidar por ella. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003

La noche anterior a la mayoría de edad puede ser muy solitaria por la preocupación de las obligaciones y responsabilidades que se van. Entre otras cosas, tenemos que aprender a elevar la autoestima, a utilizar el poder de manera constructiva y a tomar las determinaciones correctas para resolver cualquier situación que se presente durante esta nueva etapa de la vida.

La maduración tiene sus aspectos negativos como pueden ser la pérdida de la inocencia, del entusiasmo juvenil, del romanticismo, pero trae consigo aspectos tan positivos como la solidez, el equilibrio y la armonía.

En esta etapa se presentan problemas de pareja y sexualidad: comunicación en la pareja, distanciamiento, relaciones en conflicto, eyaculación precoz, impotencia, anorgasmia, etc. De familia: relaciones fraternales, madre-hijo, padre-hijo, divorcio e incluso el proceso de dolor ante la pérdida de algún familiar.

Un conflicto que no se puede dejar de lado es la violencia y que afortunadamente gracias a la denuncia ha ido desapareciendo, que incluso se presenta desde la adolescencia, que aparece en la relación de pareja donde el hombre impone y somete a sus condiciones a la mujer de forma violenta (verbal y física), claro que también existe el lado contrario, donde la mujer es la que manipula al hombre con violencia.

Entre los grandes acontecimientos que anuncian el comienzo de los últimos años, tenemos a la menopausia y el retiro del trabajo. Estas manifestaciones concretas son innegables donde la energía liberada en estas etapas finales puede utilizarse de otras maneras cuando estamos dispuestos a hacerlo. Por ejemplo, cuando una mujer llega a la menopausia, ya no debe preocuparse por el embarazo y puede entregarse al sexo con renovado abandono. Del mismo modo, al eliminar la obligación de trabajar todos los días,

ponemos a nuestra disposición ese tiempo para invertirlo en otras cosas. Todo esto es bastante lógico; sin embargo, para que lo anterior pueda ocurrir libremente, es necesario pasar por los pasos de transición. El proceso de transición es perturbador por involucrar cambios físicos, emocionales y mentales, un apoyo para realizarlo es crear nuevos fundamentos acerca de:

1.- Reconocer que ha llegado el final y debes de encarar una realidad, 2.- vivir el duelo de la pérdida-manifestar con palabras los sentimientos de pérdida, 3.- reconocer los aspectos positivos de lo que acabas de concluir-honrar tu experiencia por lo que recibiste, 4.- encontrar y reconocer que tu vida tiene ahora espacios abiertos a nuevas posibilidades-sentir centrado y equilibrado, y 5.- ahora estás listo para dar la bienvenida a las nuevas posibilidades-crea lo que quieres y sigue adelante.

El desafío actual es capacitarnos para ser modelos y dirigentes de este proceso, tanto para nosotros como para los demás, y en cada una de las etapas de nuestra vida.

Como conclusión a este capítulo se enfatiza que el conflicto forma parte del ser humano y sólo los conflictos que tienen como consecuencia problemas en el comportamiento humano (depresión, ansiedad, violencia, etc...) deben de ser atendidos psicoterapéuticamente.

CAPITULO 2: PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, COMO ALTERNATIVA DE TRABAJO.

*"No son los eventos que suceden los que perturban a los seres humanos,
sino la opinión o interpretación que se hace de ellos"*

Epicteto.

2.1 Historia de la terapia cognitiva conductual.

SEIT, S. y Franche, R. (1991), analizan los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva remontándose a los estoicos, en particular a Zenon de Citio (siglo IV a.c.), Crisipo, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Epicteto escribió en sus obras que los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen. Muchas religiones y doctrinas así como filosofías defienden la idea de que las empresas humanas están basadas en las ideas y las creencias.

En los siglos siguientes, los avances en filosofía y religión continuaron reflejándose en las principales expresiones de la práctica clínica. El racionalismo con Descartes y la formalización del dualismo contribuyeron a la plasmación intelectual de la oposición entre mente y cuerpo; y razón y sentimiento. Debido a este énfasis por la experimentación y la experiencia, el empirismo capitaneado por Bacon, Hubbes y Locke ofrecía un antídoto parcial contra la doctrina de la supremacía de la razón. Más tarde, el constructivismo de Vico y el idealismo de Kant animaron concepciones más activas y participativas de la mente. No obstante, la mayor parte de estos avances quedaron circunscritos a sus defectos prácticos. La primera filosofía que se aplicó de un modo más general y en una época relativamente reciente fue el movimiento para una mente sana, que se extendió por Europa y Norteamérica a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Este movimiento también

conocido con el nombre de psicología para una mentalidad saludable enfatizó la importancia del pensamiento positivo e integro los ejercicios prácticos con los dogmas del cristianismo; llegó a ser muy popular obteniendo su mayor reconocimiento con William James. Es este siglo, a pesar que tanto Dale Carnegie como Norman Vincent Pale son quienes más visiblemente han preconizado los meritos del pensamiento positivo, no han sido los primeros ni los únicos que han propuesto dicho enfoque. Un vistazo casual, hoy en día, a la sección de autoayuda de cualquier librería, ratificará que el movimiento para una psicología saludable ni pertenece al pasado ni está agonizante (Kazdin, 1996).

Aunque haya razones para justificar la asociación del pensamiento positivo con las psicoterapias cognitivas los últimos enfoques tienden a clasificarla propiamente dentro del apartado de aplicaciones de las ciencias cognitivas. Y es que la ciencia cognitiva fue admitida oficialmente alrededor de 1956; el psicólogo Georges A. Miller dio incluso una fecha precisa: 11 de Septiembre de 1956. Gardner, H. (1996). Asimismo la terapia racional emotiva de Albert Ellis precedió a los principales logros de la psicoterapia cognitiva, y la terapia de Aarón T. Beck ya aparecía en sus primeros trabajos sobre depresión. Por tanto, las aplicaciones clínicas de corte cognitivo fueron anteriores a la investigación y a la teoría formal asociada a la psicología cognitiva, Kazdin (Op. Cit.).

Todos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva se centran en la idea de que existen procesos cognitivos equivocados o erróneos (según los llamen los investigadores) que pueden ser modificados con técnicas que muestren dichos errores y los suplanten, al mismo tiempo con formas de respuesta más adecuada y cercanas a la verdad.

Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly (1955), desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las

experiencias cotidianas conscientes de los pacientes, con su técnica de rol fijo, el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismo que no son congruentes con sus verdaderas creencias. En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre sí y sobre su interacción con otras personas. Estas creencias son lo que se conoce como constructos personales ya que como su nombre lo dice son construcciones personales de la realidad que pueden estar sujetas a errores o alteraciones cognitivas Keit, S. y Franche, R. (1991).

Algunos años después el trabajo de Albert Ellis supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo conductuales. Ellis relacionó el estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de lo que él llamó una creencia interviniente (B). Así, el objetivo de su terapia racional emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La terapia racional emotiva pretende modificar estas creencias irracionales para que se acerquen más a la realidad (Keit, S. y Franche, R. 1991).

En 1980 había aproximadamente 6 tipos fundamentales de psicología cognitiva: la teoría de los constructos personales de Kelly, la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, las teorías de resolución de problemas y un conjunto de técnicas agrupadas bajo la denominación de habilidades de enfrentamiento asociadas a la modificación de conducta cognitiva (Kazdin 1996), sin embargo, hasta hoy en día las terapias de Kelly, Ellis y Beck siguen siendo las más reconocidas y utilizadas para diversos problemas psicológicos como son la ansiedad, la depresión, problemas de personalidad, etc.

Es posible citar muchísimos logros de la terapia cognitiva así como ventajas y desventajas, sin embargo, Kazdin (1996) identifica algunas de las más grandes aportaciones

que son: a) la diferenciación de la teorías racionalista y constructivista respecto a la cognición.; b) el reconocimiento de los aspectos sociales, biológicos y personales; c) una nueva valoración de los procesos inconscientes; d) una mayor atención a los sistemas individuales y sociales; y e) la contribución de las psicoterapias cognitivas al movimiento de integración en psicoterapia.

Además es posible mencionar como ventajas de la psicología cognitiva su economía, la brevedad del tratamiento, los resultados positivos inmediatos (aunque progresivos), su aplicación a casi cualquier tipo de paciente y la facilidad que posee de ser adecuada a la conveniencia de terapeuta y paciente.

Como desventajas de la psicología cognitiva podemos citar la necesidad de que terapeuta y paciente interactúen en la búsqueda de la solución a la problemática, la necesidad de estructurar una sesión de manera breve y efectiva y su imposibilidad en la atención de asuntos psicológicos que no posean un elemento cognitivo.

Para Kazdin (Op. Cit.) dentro de la revolución cognitiva que inundó toda la psicología de los años 70's se ha dado una evolución importante. Dependiendo de la terminología o la medida utilizada, se han dado desde 1955 tres grandes progresos conceptuales dentro de la ciencia cognitiva, el primero está relacionado con el movimiento del procesamiento de la información, también llamado movimiento cibernético por su introducción del circuito de feedback teleológico (dirigido a una meta) dentro de una infraestructura de los primeros ordenadores. Tal y como lo apunto Jerome Brunner al mencionar la primera fase de la revolución cognitiva, ésta quedó rápidamente relegada debido a la nueva tecnología informática y a la simulación de la inteligencia artificial. Cabe mencionar que durante esta época, el avance de las ciencias de la computación afectó el desarrollo de otras ciencias como podemos ver en este caso. Y como este autor explica, aun cuando podemos encontrar

evidencias en contra, la psicología cognitiva estuvo en sus inicios más preocupada por la información (su almacenaje, recuperación y procesamiento) que por los procesos, gracias a los cuales otorgamos un sentido o significado, de mayor consideración en la ciencia cognitiva actual. La era del procesamiento de la información comenzó hacia mediados de los 50's y alcanzó su pico más alto alrededor de 1970.

La segunda fase de la revolución cognitiva comienza a surgir prácticamente al mismo tiempo que el conexionismo moderno, y es la que se conoce normalmente como constructivismo o metateoría constructivista. El constructivismo propone una actividad constante como explicación para entender los procesos de conocimiento. Por lo tanto el cerebro-mente deja de considerarse un almacén de representaciones para pasar a ser un sistema orgánico de actividades relacionadas unas con otras. A la idea cibernética de retroalimentación o feedback se añade la de información hacia adelante o feedforward. La perspectiva constructivista hace hincapié en el funcionamiento de los procesos de ordenación táctico (inconscientes), la complejidad de la experiencia humana y las ventajas de una aproximación al conocimiento entendido como un proceso en continua evolución. Desde esta perspectiva es el paciente el que construye su propia realidad a partir de una realidad ya establecida, sin olvidar que, dicha construcción está estrechamente relacionada con sus experiencias y cogniciones.

López (2002) nos menciona, el constructivismo es una corriente posmoderna, uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones, y que sobre una misma realidad pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos. Al hablar, vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores, así es como, sobre la base de nuestra biografía, creamos y modificamos nuestra identidad, que retocamos permanentemente en

virtud del contexto, de las circunstancias de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor. Él, encuentra un antecedente filosófico del constructivismo en los trabajos de Emmanuel Kant, cuyas ideas a priori, analítica y dialéctica trascendentales reflejan el carácter sistematizador y unificador del espíritu humano.

El constructivismo posmoderno considera que el cerebro no es un mero recipiente donde se depositan las informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y da forma. Este es un planteamiento netamente kantiano.

De acuerdo con Meichenbaum citado en Linn y Garske (1998), la terapia cognitivo conductual surge por la necesidad de integrar diversas formas de psicoterapia constructivista, busca cumplir con su objetivo integrador al percibir al paciente como una entidad cuyas cogniciones, conductas y aspectos biológicos deben ser tomados en cuenta para lograr un cambio favorable en el proceso terapéutico.

López (Op. Cit.) identifica dos corrientes del constructivismo posmoderno. En primer lugar se encuentra la teórica o integrativa, que pretende la integración de los múltiples enfoques teóricos, que aspiran a explicar que es el hombre en su conjunto, es decir, la universalidad del ser humano. En segundo lugar se encuentra la narrativa o personalista, relativa a cada persona concreta; que sólo pretende una versión específica, individualizada de quién y cómo es cada quien, en su caso particular, único e irrepetible.

Es importante recordar que han surgido cientos de tipos de psicoterapia y cada uno tiene sus propios métodos y técnicas para entender problemas como la depresión, sin embargo, la terapia cognitivo conductual en su corriente integrativa busca integrar varias técnicas y conceptos dentro de los modelos cognitivos semánticos como los de Ellis y Beck. Esta

corriente integradora tiene como objetivo percibir, en varias dimensiones, al paciente y a su problema depresivo tal como lo menciona Meichenbaum citado en Linn y Garske (1998).

En el caso de la corriente constructivista narrativa, cada individuo tiene para sí un relato de su propia vida y además cuenta historias, todas verídicas, que extrae de su biografía. Al trasladar estas narraciones, se fijan recuerdos, se eliminan ciertos desgarros internos, se crea la propia identidad, se retoca de forma sucesiva, se le va dando consistencia al sentimiento de la existencia, se le otorga significación, porque se justifican y se cargan de congruencia sus actuaciones pasadas y vamos perfilando nuestro sentido teleológico, lo que nos da razón de ser. López (Op. Cit.).

El terapeuta que le presta atención a la narrativa del paciente debe tener muy en cuenta que él mismo es parte de la construcción que el paciente hace del mundo y de la solución que ambos (dentro del sistema terapéutico) deberán encontrar al problema por el que el paciente busco terapia originalmente (Zlachevsky 1996).

Para Fernández (1992) la corriente integrativa ha tenido su origen en la creciente diversificación de las ofertas del tratamiento, tanto en los objetivos teóricos como en las técnicas empleadas para cumplirlos. Para este autor, el modelo integrativo consiste en la elaboración de nuevos principios de intervención, orientados a probar la posibilidad de utilizar técnicas provenientes de diferentes enfoques, aprovechando recursos que habían probado ser eficaces en su implementación original, sostiene así la conveniencia de nuevas estrategias que, con un marco referencial ampliado, son propuestas susceptibles de incrementar los beneficios que los pacientes podrían obtener. Froján (1998) menciona que un catalizador fundamental en el desarrollo de la terapia cognitivo conductual fue la creciente insatisfacción con las bases teóricas y empíricas del enfoque terapéutico conductual estricto. Algunos autores como Mc Gaugh y Brewer; Mc Keach; Mahoney; y

Meichenbaum (1995), comenzaron a cuestionar la idoneidad de las explicaciones de las teorías del aprendizaje a propósito de la psicopatología del cambio comportamental; cambio que en ocasiones era verdaderamente imposible alcanzar, como en el caso de la depresión, ya que dicho problema contiene un sinnúmero de factores cognitivos y no solo es una manera de responder del individuo ante su medio ambiente.

Para ese entonces ya se había abierto la caja de Pandora, es decir, la revolución cognitiva en donde los profesionales cognitivos se cuestionaban sobre los aspectos tales como cuál es el mejor modo de conceptualizar las cogniciones de los clientes, cuál es la mejor manera de ajustar los procesos cognitivos dentro de las complejas interrelaciones que reciprocamente se dan entre estos, los sentimientos, las conductas y las consecuencias resultantes, y como ajustar todo ello con procesos fisiológicos y socioculturales. A partir de estas interrogantes surgieron nuevas técnicas, la proposición de nuevas formas de terapia y nuevos campos de trabajo del psicólogo.

Frojan (Op. Cit.), explica inicialmente, los terapeutas cognitivo conductuales proponían considerar las cogniciones de un individuo como conductas encubiertas, sujetas a las mismas leyes del aprendizaje que las conductas manifiestas. Sin embargo en esta primera concepción, podemos observar que no se explica la razón de que las cogniciones se presenten de manera encubierta y por tal razón es imposible entender sus efectos en la conducta y desarrollo del individuo.

Pronto comenzó a destacar, en el desarrollo de la modificación de la conducta cognitiva, una segunda visión, la consideración de la mente como una computadora, que vino acompañada del lenguaje propio del procesamiento de la información y de la teoría del aprendizaje social tal como ya se mencionó, esta concepción defendía que las cogniciones de los clientes podían conceptualizarse de acuerdo con una serie de procesos, entre los que

figurarían la descodificación, codificación, memoria, atención, los sesgos en las atribuciones, mecanismos de distorsión, estos últimos en forma de errores cognitivos (Meichenbaum, 1995). Los términos operativos que representa esta secuencia son transaccional, interactiva, y bidireccional, tal y como los describieron Lazarus y Folkman, Bandura, Wachetl, Keisler y Patterson, quienes sostenían que los individuos eran los arquitectos de sus experiencias, determinando por tanto, qué datos recogían o creaban. En vez de ser sujetos pasivos, la perspectiva del procesamiento de la información sostenía que los individuos, puede que sin darse cuenta e incluso sin saberlo, se comportan de modo que provocan reacciones en los demás, reacciones que luego toman como evidencia para confirmar sus puntos de vista acerca de sí mismos y del mundo que les rodea (Froján 1998). Por ejemplo, desde la perspectiva del procesamiento de información, la depresión de un cliente se explica por la distorsión de la realidad, producto de un número de errores cognitivos, y por el sostenimiento de una serie de creencias irracionales. También tienen puntos de vista muy negativos acerca de sí mismos, del pasado y del futuro, por lo que se envían atribuciones características de culpa cada vez que sufren alguna frustración o fracaso. Por su parte los clientes ansiosos con ataques de pánico son personas, según esta perspectiva, que interpretan mal las señales del cuerpo y las convierten en amenazas personales debido a su preocupación por el bienestar físico y por la necesidad de mantener una sensación personal. Esta concepción fue el principal factor de desarrollo de teorías cognitivas importantes tales como la de Meichenbaum y Beck (Calderón, 1984), ha intentado rastrear el surgimiento del interés en los procesos cognitivos como procedimiento de modificación conductual, y lo ha encontrado transformado en muchas influencias tanto en la investigación básica como clínica. Las áreas medulares de la investigación psicológica se centran en los procesos cognoscitivos y en su influencia sobre la percepción, motivación,

aprendizaje, formación de actitudes e interacción social. La investigación básica en psicología del desarrollo se enfoca en tópicos como la forma en que surgen en la infancia los procesos cognoscitivos, el lenguaje y de qué modo éste afecta la conducta.

En lo que se refiere al futuro de la psicología cognitiva, se puede decir que los nuevos caminos están en la investigación más profunda de las cogniciones y su significado para el ser humano así como sus efectos en la conducta.

Por otra parte Marvin (1996) menciona que la terapia conductual se convirtió gradualmente en otro tipo de terapia que reconocía la importancia de la cognición y eventualmente en otra que se mostró más abierta a las contribuciones de otras orientaciones teóricas. La voluntad de los terapeutas cognitivo conductuales y de los clínicos de otras orientaciones, para cruzar los límites teóricos, es particularmente interesante por la gran tradición que los terapeutas han tenido de establecer estereotipos para asignar a cada tipo.

Por ejemplo, los terapeutas conductuales han sido considerados durante mucho tiempo como fríos, calculadores y manipuladores, los terapeutas psicodinámicos han sido considerados como reservados, lejanos y excesivamente especulativos y los terapeutas de la Gestalt como antiintelectuales y poco analíticos. Las etiquetas peyorativas que se han asignado a los clínicos de otras orientaciones nos han ayudado a mantener clara nuestra sensación de identidad y la idea de que nos hallamos en posesión de la verdad y la eficacia. Desafortunadamente, también nos ha impedido corregir nuestras propias limitaciones clínicas con lo que pueden ser los aspectos más valiosos de otras orientaciones. Calderon (Op. Cit.).

Sobre esta relación entre las diferentes teorías psicológicas, Beck (1995) profundiza al explicar que, aunque muchos de los métodos cognitivo conductuales que fueron desarrollados en los años sesenta siguen vigentes, han existido cambios en la terapia

cognitivo conductual de los noventa, defendiendo originalmente la idea de que la conducta de los clientes debería ser considerada como específica a una muestra dada de determinadas circunstancias.

Los terapeutas cognitivo conductuales presentan en la actualidad un mayor reconocimiento de las consistencias de la conducta que deben ser tratados durante la terapia. Moviéndose en una dirección que parece ser de naturaleza más psicodinámica, los terapeutas cognitivo conductuales reconocen también la importancia de la misma relación terapeuta y cliente como una posible muestra de las dificultades del cliente y como un vehículo útil para implementar el cambio terapéutico. También se presta más atención a las contribuciones de la teoría de sistemas, considerando importantes las intervenciones familiares y maritales tanto para generar el cambio como para mantenerlo con el paso del tiempo. Por último, como la orientación cognitivo conductual y los individuos que la practican han evolucionado y madurado, se ha producido el reconocimiento de que no todos los problemas son igualmente dóciles al cambio. Así pues, tanto los terapeutas como sus clientes deben aceptar las limitaciones realistas del proceso de cambio, particularmente ante problemas duraderos que se resisten a la modificación de estos (depresión, ansiedad, abuso sexual, etc...).

2.2 ¿Qué es la psicoterapia cognitiva conductual?

Dentro de la ciencia de la psicología existen diferentes concepciones y maneras de entender y percibir al ser humano, entre ellas se encuentra la terapia cognitivo conductual que ha logrado aportar avances importantes en lo que se refiere a la terapia de problemas relacionados a la manera en que las personas interactúan con su medio ambiente y en la

forma en que sus cogniciones afectan y modifican de manera directa la interpretación, percepción y manera de responder ante dicho ambiente.

La terapia cognitiva parte del supuesto general de que el individuo no responde únicamente ante los estímulos físicos y observables del medio ambiente, como lo plantea la psicología conductual sino que además, las cogniciones de la persona juegan un papel importante en la respuesta emitida ante ese medio ambiente, ya que estas cogniciones pueden ser ideas o creencias que el individuo tiene de su medio ambiente y en ocasiones, estas ideas son erróneas con respecto a la realidad.

De lo anterior se entiende que la terapia cognitiva surge de la necesidad de tomar en cuenta al individuo como algo más que una entidad sujeta al medio y a las respuestas que emite ante los estímulos proporcionados por este. Esta concepción se basa en la idea constructivista de que la realidad no es única, sino que más bien, el individuo la construye sobre la base de sus cogniciones, experiencias y creencias así como un sinnúmero de factores culturales que van modificando dicha construcción.

Las cogniciones son el concepto clave de la terapia cognitiva ya que ésta las entiende como todas aquellas creencias, pensamientos, experiencias e ideas que el individuo posee y que le permiten concebir y modificar al mundo de una determinada manera. Es por esta razón que la terapia cognitiva ha logrado tener éxito en los problemas psicológicos que poseen un importante factor cognitivo como por ejemplo la depresión, la ansiedad, problemas de autoestima, adicciones, fobias y estrés; problemas que a su vez están íntimamente relacionados a las cogniciones y a la conducta del paciente.

Heyes y Huber (2000), definen a las cogniciones como entidades teóricas, las cuales proveen una caracterización funcional de operaciones en el sistema nervioso central y que en ocasiones pueden ser objetos, sentimientos, pensamientos, creencias o ideas. Estas

entidades teóricas reciben datos de otros procesos y de la percepción para poder enviar datos a otras formas, procesos y percepciones y de esa manera emitir conductas.

Es importante mencionar que el término entidades teóricas significa que las cogniciones no pueden ser observadas directamente, las hipótesis creadas sobre las cogniciones solo pueden ser evaluadas mediante la experimentación sobre predicciones relacionadas con los efectos de varias manipulaciones sobre la conducta.

Otros autores como Dickinson y Balleine mencionados en la obra de Heyes y Huber (2000) prefieren utilizar el término cognitivo para aquellos procesos que incluyen una conducta orientada a cierta meta, además agregan que las cogniciones son todos los mecanismos que los vertebrados e invertebrados utilizan para ajustar su conducta a las condiciones ambientales.

Para responder a la pregunta de ¿Qué es la psicoterapia cognitiva conductual?, primero es necesario entender que es complicado encontrar en la literatura una definición de ella, que abarque todos los elementos que la diferencian de otros tipos de intervención. No obstante, la importancia de dicho modelo radica en la fuerza de sus técnicas y en sus fundamentos teóricos al darle importancia a las cogniciones del individuo acerca del mundo que le rodea y su efecto en la conducta y estabilidad psicológica.

Si bien es cierto que no existe una definición única y exacta de la terapia cognitiva conductual, también resulta clara la importancia de analizar los diferentes conceptos que los teóricos de esta terapia han aportado a la psicología.

Para Beck (1995) la terapia cognitiva conductual es la aplicación de un modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello distintas técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden. En esta definición podemos entender el modelo cognitivo como aquel en donde

las creencias, ideas y experiencias ya mencionadas juegan un papel fundamental en la conducta del individuo.

Como Keit, S. y Franche, R. (1991) mencionan, la terapia cognitiva conductual difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: primero en la estructura formal de sus sesiones de intervención y segundo en los tipos de problemas en los que se centra. Generalmente, la terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana cada una. La duración de una sesión puede variar de acuerdo con la técnica que se está utilizando y con el tipo de paciente, sin embargo, el promedio es de una a dos horas por sesión. En este tiempo el terapeuta tiene como objetivo corregir los patrones cognitivos erróneos de conducta del paciente, cliente o usuario. En lo que se refiere a los tipos de problema en los que se centra esta terapia, es importante señalar que obviamente todos poseen un importante factor cognitivo que puede transformarse en problema para el paciente como por ejemplo la depresión, el estrés y la ansiedad. Ellos definen a la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psicológicas. Este procedimiento va encaminado a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (o esquemas como les llamó el mismo Beck) que subyacen a las cogniciones que la persona tiene del mundo.

La definición aportada por Beck (1985) va más allá, al mencionar algunas de las principales características que distinguen a la terapia cognitiva. Toda terapia cognitiva debe de ser activa en la medida en que es el mismo paciente el que cumple con las tareas encargadas por el terapeuta cuyo papel es el de director y aplicador de las técnicas cognitivas diseñadas para modificar las creencias erróneas del paciente; todo es un lapso de tiempo limitado que generalmente debe ser corto.

De acuerdo con Caro (1988), las principales características que definen al método cognitivo son las siguientes:

1.- El proceso es extremadamente educativo y reeducativo. Se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal del cambio.

2.- Una sesión de terapia cognitiva debe de estar muy preparada y altamente estructurada. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y a largo plazo, va a permitir alcanzar las metas de tratamiento en el plazo adecuado, que suele ser breve.

3.-El modo fundamental de trabajo con el material cognitivo que el paciente aporta y la independencia de las técnicas que se usen para hacerlo, va a establecer un diálogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno del paciente sobre las causas de sus problemas, lo que se conoce como método socrático.

4.- Finalmente, se entiende que el problema que presenta el paciente es dependiente de ciertas estructuras cognitivas, que aportan un significado especial a todo aquello que conoce una persona y cómo lo conoce.

Es importante señalar que el modelo cognitivo se rige por principios teóricos y terapéuticos que justifican su modo de acción y lo distinguen de otros modelos cercanos o lejanos en lo que se refiere a la concepción de la persona y de sus problemáticas psicológicas, sin embargo, se podrá denominar cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento Beck, John. Brian y Emery (1983).

De acuerdo con Caro (1988) se pueden citar algunos aspectos que definen el modelo cognitivo de terapia:

1.- En el modelo cognitivo se rechazan el asociacionismo y el mecanicismo que tradicionalmente se han estudiado en otros enfoques (particularmente el conductista). Desde esta perspectiva, la importancia la posee la manera en que la persona estructura el mundo basándose en su experiencia.

2.- Se defiende la existencia de estructuras y procesos cognitivos que median el impacto de la experiencia social y guían el procesamiento de la información que recibe la persona.

3.- Los procesos cognitivos funcionan como heurísticos.¹

4.- Las personas crean activamente su experiencia.

Beck logró expandir su definición de terapia cognitiva conductual al expresarla como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta. En esta terapia la meta es lograr que los pacientes descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto Inter., como intrapersonalmente (Lewinsohn y Hoberman, 1985).

Un elemento extra que caracteriza a la terapia cognitiva conductual es la inexistencia de conflictos con otros modelos terapéuticos ya que sus principios teóricos no eliminan la posibilidad de que interactúe con los modelos psicoanalista y conductual, siempre buscando sus propios objetivos y utilizando sus propias técnicas. Ya Forjan (1998) mencionaba que desde sus inicios la modificación de conducta cognitiva ha intentado integrar las aportaciones clínicas de las psicoterapias psicodinámicas y sistémicas con la tecnología de los terapeutas conductuales.

Tomando en cuenta a Frojan (op cit), el punto común de varios de los autores cognitivos es el principio de que la mente humana es un producto de actividad simbólica constructiva,

1.-Relativo a la heurística, arte de inventar

y que la realidad es el producto de los significados particulares que crean los individuos. No es que haya una realidad y los clientes distorsionen esa realidad construyendo con ello sus problemas, sino que hay múltiples realidades y la tarea del terapeuta es ayudarles a ser conscientes de cómo crean esa realidad y las consecuencias de dicha construcción.

A pesar de que la terapia cognitiva conductual se puede aplicar fácilmente con otros métodos de terapia, es importante señalar la existencia de elementos que diferencian plenamente a la terapia cognitiva de otros modelos. Keit, S. y Franche, R. (1991), señalan que al contrario de la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas actuales, su objetivo principal es investigar los pensamientos y los sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre el tiempo que dure el tratamiento y no durante su niñez o adolescencia como lo hace la teoría psicoanalítica. Al mismo tiempo la terapia cognitiva también difiere de la terapia de la conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales o cognitivas) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica.

Recapitulando lo anterior tenemos que uno de los principales elementos de la terapia cognitiva conductual es la de entender al individuo como un ser cuya experiencia está regulada por una serie de elementos cognitivos como los sentimientos, las creencias, las ideas, el aprendizaje y la memoria. Todos estos elementos van a regular la conducta del individuo ya que este se comportará de acuerdo a sus ideas, si entendemos que las ideas del individuo pueden estar equivocadas, resulta sencillo entender que su comportamiento estará equivocado en gran medida también.

Las terapias cognitivas conductuales son aquellas que centran su atención en la existencia de estructuras y procesos cognitivos que median la experiencia que el individuo tiene de lo que lo rodea. De lo anterior se puede entender que el asociacionismo y el mecanicismo típicos de otras teorías psicológicas como el conductismo son insuficientes para explicar y dar solución a los problemas del paciente. Como menciona Beck (1985), la terapia cognitiva conductual es aquella que tiene el objetivo de modificar patrones erróneos del pensamiento y su consecuente efecto en la conducta del individuo.

Algunos principios sobre los que se rige la terapia cognitiva conductual son:

1.- Un paciente tratado con terapia cognitiva conductual debe de aprender a distinguir entre la realidad y la percepción que el mismo tiene de ella. Debe estar consiente de que esta percepción puede ser equivocada y entender que esta equivocación tiene un efecto, ya sea negativo o positivo, en su conducta.

2.- Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos cognitivos que son en sí mismos fruto de error y de sesgos.

3.- El paciente debe de asumir y contemplar sus creencias como hipótesis, con lo que se las convierte a un fenómeno que esta sujeto a verificación, negación y modificación.

Los terapeutas cognitivos conductuales han desarrollado programas de intervención diseñados para ayudar a los clientes a ser concientes de estos procesos y enseñarles a darse cuenta, captar, registrar e interrumpir las cadenas formadas por la cognición, el efecto y la conducta errónea y por último, producir respuestas de afrontamiento que no sean patológicas y que sean más adaptativas Forjan (op cit).

2.2.1 Objetivos de la psicoterapia cognitiva conductual.

Para la terapia cognitivo conductual existe la posibilidad de que las construcciones que el individuo hace del mundo no sean precisamente las correctas, por lo que existirá un patrón de conducta erróneo o inadecuado que puede dar origen a síntomas fisiológicos y psicológicos. De aquí se desprende que el objetivo de esta terapia consiste en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan al individuo desenvolverse correctamente en su medio.

Como ya se había mencionado, la terapia cognitiva conductual busca sustituir patrones cognitivos erróneos por patrones adecuados de cogniciones. De aquí se desprende que el tipo de problemas a los que se enfoca la teoría cognitivo conductual sean aquellos en donde el individuo crea una cognición incorrecta que lo llevará a comportarse de manera incorrecta ante el medio. Ejemplos de este tipo de problemas son: la depresión, los diferentes tipos de fobias, la ansiedad, problemas de aspecto social como la inadaptabilidad y el estrés.

Resulta claro que todos los problemas atendidos por la terapia cognitivo conductual poseen un importante factor cognitivo como que las creencias que el individuo construye basado en sus experiencias ante determinadas situaciones. Por esta razón la terapia cognitiva va encaminada a modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de dichas situaciones.

Arieti, S. y Bemporado, J. (1990), mencionan que la terapia cognitiva conductual intenta, explícitamente, inducir al paciente a situarse continuamente en su racionalidad para corregir su irracionalidad.

2.2.2 Puntos importantes dentro de la terapia cognitivo conductual.

Lo primero, que el terapeuta debe de hacer es inducir al paciente a la terapia cognitivo conductual. Es decir, explicarle su naturaleza y en que consiste la participación del terapeuta y del cliente. Debe quedar claro al paciente que se trata de una terapia activa-directiva y orientada a la discusión de sus problemas presentes y futuros, en la que su participación activa resulta sumamente necesaria durante el proceso de cambio. El terapeuta debe comprobar que el paciente ha comprendido y aclarar cualquier duda que pueda surgir.

Una vez que el paciente tiene clara la forma de proceder de la terapia, es importante realizar una valoración de la clase y grado de su perturbación emocional. Esto ayuda al terapeuta a determinar las técnicas y el proceso terapéutico más conveniente a utilizar para ayudar el caso. La valoración también sirve para identificar tanto sus déficits como sus habilidades, para así conocer qué beneficios obtendrá de la terapia y cuánto durará aproximadamente esta.

Los terapeutas son libres de usar todos los procedimientos de valoración que existen (entrevistas, cuestionarios, test, etc...). Por otro lado, hay quienes prefieren realizar la valoración a través de tener varias sesiones con el paciente, puesto que creen que de esta manera pueden empezar a trabajar en los problemas de inmediato, centrándose más en lo que los pacientes preferirían hacer para cambiar, que en darles una explicación diagnóstica objetiva sobre lo que les hace sufrir. De cualquier forma que se haga la valoración, los terapeutas estructuran el proceso terapéutico enfocándolo desde un principio a los problemas del individuo. En la valoración se realizan preguntas como: ¿Qué es lo que más

le preocupa? o ¿Cuál es su mayor problema ahora?, con el fin de guiarlos a solucionar sus problemas.

En este punto debe quedarle claro al paciente : 1) cuáles son los problemas sobre los que va a trabajar y en qué orden; 2) que en la terapia hay que solucionar los problemas emocionales y conductuales antes que los ambientales o profesionales; 3) que el medio para ordenar y conseguir el insight de sus problemas es a través de preguntas y de la estructuración de frases; 4) qué efectos tienen sus síntomas sobre su propio funcionamiento y sus relaciones con el mundo y los demás.

Una vez que se ha estructurado el problema, suponiendo que es cognitivo, y el paciente entiende y acepta esta formulación, se pasa a la fase de refutación, en la que se pueden utilizar algunas de las técnicas cognitivas, emotivas y/o conductuales como las que se mencionaron anteriormente.

A partir de este momento es recomendable empezar a dejar algunas tareas para que el paciente se lleve a su casa con el fin de fortalecer la creencia racional y debilitar la irracional. Entre las tareas se pueden encontrar algunas de tipo cognitivas, emotivas y/o conductuales.

Conforme va avanzando la terapia, el terapeuta presta especial atención a las tareas que deja hacer en casa; le pide al paciente que explique lo que ha hecho, cómo le ha funcionado, que resultados ha obtenido, etc..., todo con el fin de establecer cada vez mejores actividades para conseguir los objetivos deseados.

Paralelo a este proceso, el terapeuta se ocupa en identificar los obstáculos que puedan ir surgiendo en el avance del cliente para ayudarlo a superarlos. Debe procurar que el paciente interiorice el siguiente proceso, cuando el conflicto sea cognitivo: 1.- que identifique sus emociones y conductas problemáticas, 2.- que las enlace con los acontecimientos activadores, 3.- que identifique sus principales creencias irracionales, y 4.- que refute esas creencias y ponga en práctica la alternativa racional por medio de la ejecución de tareas.

Es importante que el terapeuta oriente al paciente de tal manera que trabaje en un solo problema antes de pasar a otro diferente. Cuando un cliente ha avanzado significativamente en un problema, entonces el terapeuta elige otro nuevo y vuelve a ser más directivo en el proceso de ayudar a identificar, enfrentarse y cambiar las creencias irracionales que están a la base del nuevo problema.

Así mismo, se anima a los pacientes a que preparen sus propios ejercicios y tareas de casa; por lo que poco a poco, el grado de dirección del terapeuta va disminuyendo conforme los pacientes van aprendiendo y practicando la auto-terapia.

El objetivo final es preparar a los pacientes para que en un futuro se conviertan en sus propios terapeutas. De hecho, la terapia no se termina cuando los clientes han solucionado sus problemas, sino cuando se sienten preparados para solucionar ellos mismos los problemas que aún les falta por resolver y tienen confianza en su habilidad para solventar cualquier dificultad futura.

El terapeuta puede optar por terminar la terapia disminuyendo poco a poco la frecuencia de las sesiones o poniendo una fecha concreta para su final.

La terapia cognitivo conductual reconoce que las personas pueden cambiar a lo largo del tiempo, por lo que los terapeutas requieren mostrarse sensibles y flexibles al cambio en las aspiraciones de los pacientes. Debemos recordar que los objetivos iniciales de los clientes están influenciados por sus perturbaciones, por lo que es bueno que los terapeutas animen a los pacientes a posponer un poco la definición de sus metas, al menos hasta que hayan superado parte de sus perturbaciones emocionales y/o conductuales.

Para medir el cambio de la personalidad, la terapia cognitivo conductual adopta un método práctico: el de que la meta de la terapia es ayudar a las personas a estar mejor y no sólo a sentirse mejor (Ellis y Abrahams 1980); lo que significa que los pacientes además de tener una mejoría significativa en sus síntomas, viéndose a ellas mismas llevando vidas más felices, deben experimentar cambios filosóficos profundos en sus actitudes hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el mundo que les rodea, de manera que si surgieran algunas otras condiciones perjudiciales, sería poco probable que les trastornaran gravemente.

Cabe mencionar que a lo largo de la práctica de la terapia, es muy posible que se presenten ciertos obstáculos que dificulten el fluir de la terapia, suelen presentarse en la relación paciente-terapeuta, en el paciente o en el terapeuta directamente. Los obstáculos de relación se dan principalmente por una falta de entendimiento entre terapeuta y paciente; pueden darse por muchísimas razones, que van desde la edad de ambos, su apariencia física, su forma de actuar, de hablar, etc..

Los obstáculos de la terapia suelen ser de dos tipos. El primero de ellos y más común es la falta de experiencia y habilidades necesarias para guiar correctamente al paciente de acuerdo a la teoría y práctica de la terapia cognitivo conductual. Es por ello, que resulta

indispensable que los terapeutas se esfuercen por mejorar sus habilidades continuamente, asistiendo a actividades de entrenamiento, capacitación y supervisión. Por otro lado, los terapeutas también pueden obstaculizar los progresos de los pacientes llevando sus propias perturbaciones al proceso terapéutico, con ideas irracionales como: “tengo que tener éxito con todos mis pacientes prácticamente todo el tiempo”, “debo ser un terapeuta sobresaliente, mucho mejor que otros que conozco”, “tengo que ser muy respetado y querido por todos mis clientes y colegas”, “mis clientes deberían ser responsables y trabajar tanto como yo, deberían escucharme con atención y lanzarse al cambio”. En estos casos, se recomienda a los terapeutas que apliquen los principios y métodos de terapia para investigar y refutar sus propias creencias irracionales para poder pasar a las del cliente.

Y por último, los clientes que suelen fracasar en la terapia son aquellos cuyo trabajo en el proceso es bastante pobre, que tienen perturbaciones externas, falta de organización y un total rechazo a realizar tareas cognitivas; clientes que rehúsan aceptar la responsabilidad de sus acciones y que resultan ser bastante dependientes, severamente deprimidos e inactivos, con exageradas ideas de grandeza, mucha obstinación y rebeldía; pacientes con una tolerancia a la frustración excesivamente baja, serias adicciones conductuales, problemas de psicosis y de falta de interés por llevar una terapia. En dichas situaciones, se recomienda a los terapeutas que sean muy estimulantes en sus interacciones terapéuticas con dichos clientes, demostrándoles que pueden hacer las cosas de mejor forma si se lo proponen y lo intentan. Lo más importante es demostrarles que si se les acepta incondicionalmente, ellos pueden aceptarse así mismos de la misma manera. También es conveniente enseñarles que su rechazo a trabajar los problemas les traerá malas consecuencias y sufrimiento innecesario en el futuro.

2.2.3 Algunos procedimientos de la psicoterapia cognitiva conductual.

Se emplean técnicas de entrevista, cuestionarios y datos provenientes del autoregistro realizado por el paciente, con el fin de lograr los objetivos de la evaluación que abarca el obtener una historia de vida, el establecer la secuencia entre la situación, los moduladores, cogniciones, sentimientos, conducta y consecuencias y el plasmar las quejas principales en objetivos y síntomas a tratar, Fowler, Garety y Kuipers (1995).

De manera general una intervención cognitiva comienza por otorgarle al paciente una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitivo conductual así como el objetivo y sus características. Es importante que en este punto el paciente comprenda que es lo que tendrá que hacer dentro de la terapia y cual será la dinámica de ésta, así como los resultados que puede obtener. Posteriormente se recomienda que el paciente aprenda a registrar, reconocer y controlar sus pensamientos negativos ante una determinada situación, esto se puede aplicar con la ayuda de un registro. Este registro será analizado y discutido en la sesión terapéutica; es aquí en donde el terapeuta deberá poner un mayor énfasis en lo racional, lógico y real de la situación misma.

Dentro de la organización de la intervención cognitiva, especialmente en la primera sesión, se deben alcanzar objetivos tales como los que propone Beck (1995) y que son: una validación de la experiencia del paciente, una explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva y el comienzo de la evaluación del problema, con el fin de que los pacientes consideren seriamente lo que el terapeuta tiene que ofrecerles, deben sentir primero que se les toma en serio. Muy a menudo, la familia y los amigos de los pacientes deprimidos les dicen que las cosas no van tan mal después de todo o que las cosas se solucionarán poco a

poco. Por esta razón, puede que les sea de alivio platicar con alguien, de que sus sentimientos son válidos.

Ruiz S. e Imbernón G. (1999), mencionan que existen varios métodos de intervención en la psicoterapia cognitivo conductual como son:

Métodos cognitivos.-

1.- (TRE) Explorando y explicando el modelo A-B-C.

Las terapias cognitivas parten de la idea de que las personas no reaccionan a los acontecimientos en sí mismos, sino al significado que se les otorga a aquellos subjetivamente. Una urgencia (C) puede ser activada por una serie de acontecimientos multimodales (A), que son interpretados subjetivamente mediante significados personales (B).

El sujeto evalúa los sucesos del punto A, y su propio trastorno del punto C. El terapeuta explora y después explica a su paciente la secuencia de activación de la urgencia, y como se podría intervenir en ella.

El modelo A-B-C fue introducido en la psicoterapia por Albert Ellis (1995) en su terapia Racional Emotiva Conductual (TRE).

2.- Debate cognitivo de exigencias.

Los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes exigentes, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas, personales. Ellis y su TRE proponen identificar esas exigencias, calibrar sus consecuencias negativas, diferenciarlas de las preferencias personales y reducir su influencia mediante el uso de su cuestionamiento filosófico (método socrático) y empírico (búsqueda de evidencias).

El cuestionamiento de las exigencias se potencia con otras tareas emocionales (ejemplo imaginación racional emotiva, el dialogo de las dos sillas) y conductuales (ejemplo, el afrontamiento de situaciones que se perciben como intolerantes).

3.- Inoculación del estrés.

Este procedimiento se emplea para reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes ante situaciones concretas. Primero se listan los pensamientos y significados personales asociados a esas situaciones de estrés y ansiedad. Posteriormente se le enseña un procedimiento de relajación. En el tercer paso se elabora una jerarquía de situaciones activadoras y se eligen pensamientos alternativos de afrontamiento de las mismas. El cuarto paso consiste en un ensayo cognitivo-imaginario de la jerarquía desde niveles más fáciles a más difíciles con la relajación y los pensamientos de afrontamiento. El último paso consiste en afrontar las situaciones en la realidad.

4.- Diarios personales para comprobar los significados subjetivos.

En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales disfuncionales que cuestionarlos mediante el dialogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja donde en su encabezado esté escrito el significado disfuncional (p.e. Soy un inepto, todo me sale mal) y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e. Familia, trabajo, amigos, ocio, etc..) donde el paciente debe de recoger datos que desconfirmen ese significado. De esta manera el sujeto puede por sí mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana.

5.- Psicoeducación.

Las terapias cognitivas han otorgado gran importancia a explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando colaboración activa de los

pacientes en ellas. En los últimos años se ha añadido también la necesidad de explicarle a los pacientes y sus allegados el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronóstico. El terapeuta explica y enseña al paciente y familiares a como manejar ciertos aspectos del trastorno en cuestión, como el uso-seguimiento adecuado de la medicación, señales de recaída, estilos de comunicación adecuados con el paciente y la resolución de problemas frecuentes.

6.- Exposición-desensibilización sistemática.

La persona puede ser ayudada a afrontar temores y cuestiones subjetivas que le generan ansiedad extrema mediante un acercamiento gradual y jerarquizado a sus temores personales, usando paralelamente el entrenamiento en relajación (desensibilización sistemática). Se elabora una jerarquía de escenas de ansiedad graduadas de menor a mayor grado de malestar, se instruye al sujeto en relajación y se le expone a las mismas imaginariamente o en vivo usando la relajación. Se ha comprobado que la desensibilización sistemática es más efectiva si el sujeto mantiene la escena aunque genere ansiedad y al mismo tiempo relaja la tensión, más que apartarla y al primer signo de tensión relajarlo.

Un método similar al anterior es la exposición. La diferencia con la desensibilización es que aquí el sujeto imagina o se enfrenta en vivo a la escena o situación ansiógena de manera más directa (existe poca jerarquización), hasta que su ansiedad va disminuyéndose (habitución), sin usar comunmente la relajación y previniendo (prevención) la respuesta de escape o huida de ellas (que pueden ser también pensamientos distractores).

Métodos afectivos.-

1.- Focalización.

Esta técnica se emplea para simbolizar significados de experiencias emocionales que parecen poco claras. Cuando el sujeto presenta un estado de ánimo o situación donde

presenta un malestar indeterminado o difícil de definir por el mismo, puede ser invitado a focalizar su experiencia interna. Primero se induce un estado de relajación y tranquilidad, y se invita al sujeto a recorrer sus experiencias internas poniéndose poco a poco en contacto con ellas, sin ponerle nombre. Una vez sumergido y en contacto con estas experiencias, buscará un nombre o adjetivo para las mismas. Tratará de comparar la simbolización por ese nombre-adjetivo con su misma experiencia, hasta que encaje bien para él. Una vez en ese punto y habiendo emergido nuevos significados se puede hacer preguntas sobre los mismos (p.e. ¿Qué indica esto sobre mi vida?, ¿Qué podría hacer ante esto?, etc...).

2.- Inducción de escenas cargadas afectivamente.

Ensayos cognitivos e imaginarios haciendo describir la escena donde se produjo una reacción o conducta del sujeto de tipo afectivo y relevante, sus sentimientos y sensaciones corporales y la cadena de autodiálogo interno, de manera pausada como a cámara lenta pueden facilitarle al sujeto la toma de conciencia de los significados otorgados a distintas situaciones donde éste ha actuado de manera impulsiva, exagerada o en "acting out".

También se puede regresar en estado de relajación a escenas relevantes del pasado usando el mismo procedimiento, o introducir secuencias de reacciones alternativas y su visualización.

3.- Silla vacía.

Se pide al sujeto que se siente en una silla y frente a él está otra vacía, que puede representar a una persona significativa de su vida o también un aspecto distinto de él mismo. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto entre los polos contrapuestos del sujeto, desbloquear la expresión de deseos ante autoexigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no determinados del pasado, p.e. el duelo. El terapeuta puede ofrecer

sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce.

La silla vacía también puede ser empleada para contraponer significados disfuncionales (p.e. la exigencia perfeccionista) con significados alternativos (p.e. derecho a cometer errores).

Métodos somáticos.-

1.- Relajación.

Consiste en una serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control respiratorio adecuado. Hay muchos métodos relajación, en la clínica el más habitual es el método de Jacobson, centrado en la relajación progresiva muscular, primero tensando y después distensando varios grupos musculares; y el método de Schultz, que se basa en una relajación más mental induciendo sensaciones de calor, pesadez, ritmo cardíaco, etc... La relajación se emplea en la reducción de la ansiedad, por lo que suele formar parte de las estrategias generales del afrontamiento de los trastornos de ansiedad. También se usa con profusión en los trastornos psicósomáticos y el alivio del dolor asociado a enfermedades o cirugía

2.- Hipnosis.

La hipnosis supone habitualmente la inducción previa de la relajación, continuada con fijación en sensaciones corporales y sensoriales y la repetición monótona de frases sugestivas. Una variante es la autohipnosis donde el sujeto aprende a inducirse el mismo al estado hipnótico. Hay muchos formatos de hipnosis, uno de los más famosos es la técnica de Erickson que emplea la hipnosis como intervención paradójica.

Las técnicas cognitivas pueden ser asociadas a la hipnosis para ser practicadas como autoinstrucciones o significados alternativos. La aplicación de la hipnosis abarca el campo

de los trastornos disociativos, los trastornos de ansiedad, el manejo del dolor asociado a enfermedad y cirugía, y otras áreas.

3.- Psicofármacos como facilitadores.

Los psicofármacos pueden reducir la ansiedad, la desorganización del pensamiento y la depresión extrema, facilitando el acceso del sujeto a la psicoterapia. Como afirman Bellack y Siegel (1986), la combinación de psicofármacos y psicoterapia es útil siempre que la proporción de las dosis de medicación no interfiera con la motivación, y los procesos cognitivos del sujeto de cara a la psicoterapia, permitiéndole participar en ella. Es importante recalcar que solamente médicos neurólogos y psiquiatras pueden prescribir recetas de estos psicofármacos.

Métodos interpersonales.-

1.- Consejo médico.

El manejo de distintos trastornos con componentes somáticos, la dieta, nutrición y uso de psicofármacos, suele ser competencia del médico. El seguimiento de las prescripciones médicas aumenta cuando el clínico evalúa y conoce el modelo de enfermedad del paciente, el significado subjetivo de ésta, y los factores que pueden aumentar su motivación para el seguimiento correcto del tratamiento.

2.- Entrevista y orientación familiar.

En determinados casos es importante contar con la evaluación del funcionamiento y apoyo familiar con relación al conflicto. El paciente y su conflicto pueden formar parte de un problema más global de su sistema familiar, donde él mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aún más problemáticas que podrían desestabilizar su grupo de referencia. Por otro lado el estrés familiar y las

emociones expresadas por el mismo pueden afectar el transcurso y las hospitalizaciones por urgencias de determinados trastornos como la esquizofrenia.

3.- Entrevista y orientación de pareja.

El terapeuta tratará en estos casos de evaluar la relación entre la urgencia y ciertos problemas del funcionamiento de la pareja. Prestará especial atención a los llamados nudos sistémicos, Procter, H. (1981) o secuencias de significados y acciones disfuncionales entrelazadas de la pareja. Por ejemplo un marido depresivo puede sostener la construcción del significado personal siguiente: "Mi mujer trabaja demasiado y en casa se dedica a los niños, me dedica poco tiempo a mí", seguido de acciones como decirle a su esposa que trabaje menos y que dedique más tiempo a salir fuera de casa. La esposa, paralelamente, sostiene el significado siguiente: "Solo quiere estar tranquilo y me ayuda poco en casa con los niños, que quiero descansar de los fines de semana en casa", seguido de acciones como decirle a su marido que dedique más tiempo a los niños y a estar en casa los fines de semana. Las acciones y significados de ambos se refuerzan y retroalimentan mutuamente.

El terapeuta mostraría a la pareja, por ejemplo por esquemas dibujados o por rol playing, el nudo sistémico, y sugiere alternativas al mismo.

4.- Consejo conductual para familiares.

En casos de problemas infantiles, enfermedades crónicas con situaciones de urgencias y otros trastornos, a menudo la familia solicita una guía para entender lo que está sucediendo y/o manejar problemas inmediatos. El terapeuta informa y muestra a la familia aspectos del problema y manejo de ciertos ámbitos del mismo. Para ello usa tanto la psicoeducación como la guía en estrategias conductuales para la resolución de ciertos problemas. Por ejemplo los padres pueden ser aconsejados en el manejo de las conductas depresivas y de llanto de su hijo, aprendiendo a reforzar diferencialmente ciertas conductas que disminuyen

el afecto depresivo. La familia del sujeto psicótico puede ser informada de cómo hablarle al paciente, etc...

5.- Observación participante.

El psiquiatra interpersonal, Sullivan(1953) concedió gran importancia al uso de la relación terapéutica con el fin de evaluar y producir cambios significativos en el paciente. Safran y Segal (1994) han ampliado estas estrategias: La observación participante permite al terapeuta sentir el influjo relacional del paciente y observar como participa en esa relación. Consiste en tres pasos: en primer lugar el terapeuta debe atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción (¿Cómo me siento ahora con este paciente, qué me veo impulsado a hacer?); en segundo lugar tratar de identificar los llamados marcadores interpersonales, es decir, las conductas en la sesión que suscitan sus reacciones; y en tercer lugar tratar de desengancharse de ese influjo dejando de emitir respuestas complementarias al esquema interpersonal del paciente y metacomunicando ese influjo en forma de hipótesis.

Técnicas conductuales.-

1.- Ensayo, modelado y rol playing.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, incluyendo todas las citadas en los otros métodos multimodales, puede ser más efectivo si el terapeuta hace de modelo progresivo de la tarea a llevar a cabo, hace que el sujeto la repita, instruyéndole en sus pasos, propone acercamientos progresivos a la misma desde pasos más fáciles a difíciles, anima y refuerza los progresos, y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo.

A veces el ensayo puede ser imaginario (ensayo cognitivo) centrado en el afrontamiento de escenas futuras posibles, o haciendo que este ejecute ciertas conductas en vivo en la

sesión (ensayo conductual) al simular una situación representada. Las técnicas psicodramáticas pueden combinarse perfectamente con el ensayo, modelado y rol playing.

2.- Entrenamiento asertivo-habilidades sociales básicas.

Algunos sujetos pueden carecer de las habilidades para tratar con otras personas (p.e. iniciar y mantener conversaciones) o exponer sus deseos y opiniones personales de manera directa pero no agresiva (asertividad). En estos casos se suele requerir un enfrentamiento sistemático en asertividad y/o habilidades sociales. El modelado, el ensayo de conducta y el rol playing se usa para el entrenamiento en esas habilidades. Una cuestión adicional es detectar los significados personales que la están inhibiendo, y ofrecer puntos de vista alternativos, como los llamados derechos asertivos.

3.- Asignación de tareas.

Las habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando en el domicilio del paciente o en la sala del hospital y se sugiere su aplicación a determinadas situaciones, de modo que en la siguiente consulta se pueden valorar sus efectos. La finalidad de la asignación de tareas es practicar lo aprendido en la consulta en las situaciones reales, de modo que se facilite el aumento de la confianza del sujeto en sus recursos de afrontamiento, sus expectativas de autoeficacia y/o se exploren significados alternativos a los disfuncionales.

2.2.4 Actitudes que se evitan en la terapia cognitivo conductual.

A pesar de que la terapia cognitivo conductual se vale de diferentes tipos de técnicas para trabajar con las personas, hay algunas que se evita utilizar, como las siguientes: 1) terapeutas excesivamente cordiales(puesto que hacen que la gente sea más dependiente); 2)

técnicas que hacen que la gente sea crédula y sugestionable; 3) métodos psicoanalíticos que dan demasiados rodeos y resultan ineficaces; 4) que hacen sentir mejor a corto plazo más que a largo plazo (como la expresión total de un sentimiento, de forma dramática y catártica; 5) que distraen a los individuos a trabajar en sus filosofías irracionales; 6) métodos que inconscientemente refuerzan la filosofía de baja tolerancia a la frustración (como la desensibilización gradual); 7) que incluyen una filosofía anticientífica (como curación de la fe y misticismo); 8) que intentan cambiar los acontecimientos activadores antes que las creencias irracionales, o sin enseñar a las personas cómo hacerlo; 9) que tienen dudosa validez. Cabe aclarar que cualquiera de ellas puede llegar a utilizarse por cuestiones prácticas en ciertas ocasiones y con ciertos individuos, sin embargo, de llegar a utilizarse siempre convendrá más el acompañarlas de una conveniente refutación de creencias irracionales, Dryden y Ellis (1989).

CAPITULO 3: TÉCNICAS APLICADAS EN LA PRÁCTICA TERAPEUTICA DE LA TESIS.

*"Tu puedes asumir el sentido y sentir que eres parte del tejido de la vida
o puedes vivir en el caos y ser víctima de las situaciones "*

Víctor E. Frankl.

Como terapeuta siempre hay que estudiar cuidadosamente los problemas planteados por el paciente antes de decidirse por alguna técnica en particular, la primera tarea es la corrección de los errores de concepto, luego, si se requiere un cambio de conducta en situaciones sociales, sexuales u otras de la vida diaria, será lo que atacará enseguida, la mayor parte de las veces por miedo del entrenamiento asertivo, si la desensibilización sistemática es lo adecuado, se inicia tan pronto sea posible y puede llevarse a cabo al mismo tiempo que se aplican otras medidas que puedan haberse prescrito para la situación de la vida diaria.

Hemos visto en el apartado anterior algunos procedimientos de la psicoterapia cognitivo conductual, en este capítulo abordaremos las técnicas aplicadas en este trabajo de tesis y explicadas más detalladamente.

Para empezar describiremos la teoría central de la TRE, que es la más utilizada en nuestro trabajo, misma que se deriva de las observaciones de Epicteto hace unos 2000 años y que mencionamos ya al principio de este capítulo: *"Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas"*, Ellis y Grieger (1981 pag. 21).

Es decir, que si nos sentimos deprimidos, frustrados o enojados por algo, en realidad ese algo no es la causa de nuestras emociones negativas, lo que en sí nos hace daño son toda la serie de ideas que pensamos con respecto a ese algo.

Definitivamente las cosas, las situaciones y todos los acontecimientos que creemos que nos hacen daño, influyen por si solos en que nos sintamos mal, sin embargo, no son realmente la causa directa de nuestros sentimientos. Es uno mismo el que a través de los pensamientos aumenta erróneamente el poder de control sobre las propias emociones.

A partir de nuestras tendencias innatas y adquiridas, nosotros en gran medida controlamos nuestros destinos y especialmente los emocionales. De acuerdo a nuestros valores básicos y creencias, podemos cambiarlos a voluntad y decidir dominarlos para no caer en sentimientos inapropiados y destructivos tales como la ansiedad, depresión, hostilidad y auto-fracaso.

Esto suena muy bien: controlar las propias emociones para sentir las agradables y convenientes y evitar las desagradables e inapropiadas, pero ¿Cómo?. La TRE sugiere que modificando las ideas que tenemos con respecto a las cosas, nuestros sentimientos cambiarán también. En resumen: pensamientos negativos traen como consecuencia sentimientos y emociones negativas, mientras que pensamientos positivos traen sentimientos y emociones positivas, así que trabajando los pensamientos negativos no sólo mejoraremos nuestro sentir, sino muchas cosas de nuestra vida diaria que se ven influidas por él.

3.1 Antecedentes de la Terapia Racional Emotiva.

Tras de conseguir el doctorado en psicología clínica, Albert Ellis se dedicó a estudiar la que le parecía la mejor psicoterapia en ese momento, el psicoanálisis. A través de su práctica profesional se fue dando cuenta de que: "las relaciones perturbadas en realidad son producto de personas perturbadas y si la gente quiere que se le ayude a vivir feliz con los

demás, lo primero que tienen que aprender es como vivir en paz consigo mismos”, Ellis y Grieger (1981 pag. 14).

Poco a poco el psicoanálisis le fue pareciendo insuficiente, bastante lento, y en muchos casos con resultados poco favorables; es por ello que a partir de 1950, se dedicó a desarrollar técnicas más racionales y más claramente eficaces con sus clientes.

Conforme fue abandonando las principales prácticas psicoanalíticas, encontró que las perturbaciones emocionales de las personas tienen su raíz en las miles de ideas que ellos mismos se inventan y creen ciegamente. Descubrió que todas esas ideas se pueden agrupar en pocas categorías generales y que si las buscamos con dedicación, podemos hacérselas notar a las personas perturbadas para enseñarles posteriormente cómo abandonarlas.

Así fue como en 1955 Albert Ellis fundó la terapia racional emotiva (TRE), cuando ejercía de psicólogo clínico en Nueva York; y pronunció su primera conferencia al respecto en la reunión anual de la Asociación Psicológica Americana el 31 de Agosto de 1956 en Chicago. A partir de entonces se le empezó a conocer como uno de los pioneros en el campo de la psicología cognitiva y de la cognitivo conductual, Ellis y Grieger (1981).

La TRE siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia. A lo largo de su desarrollo, la TRE se ha aplicado de diversas formas: en grupo, de manera individual, como terapia marital y familiar; y ha sido practicada por distintos tipos de profesionales con una gran variedad de clientes.

Actualmente existen Institutos de TRE en Estados Unidos, España, Italia, Alemania, Holanda, Australia, Inglaterra y México¹, por lo que se puede decir que la terapia cognitivo conductual se encuentra muy bien establecida; además de que existen una gran variedad de

1.- El Instituto de Terapia Racional Emotiva de México, se ubica en la calle Francisco Petrarca 258, Polanco, D.F.

datos de investigación que tienden a confirmar las principales hipótesis clínicas y teóricas de la TRE. Se trata de una terapia clásica de la conducta, que se deriva de las observaciones clínicas empíricas y trata de confirmar rigurosamente sus teorías utilizando el método científico.

3.1.1 Descripción de la TRE.

Los principales fines de cualquier psicoterapia al tratar a las personas son que al final del proceso psicoterapéutico los individuos queden con el mínimo de ansiedad o angustia, culpabilidad, depresión, enfado y con cierta tolerancia a la frustración; además de proporcionarles un método de auto-observación y autovaloración que les permita a lo largo de su vida vivir en un estado mínimo de ansiedad u hostilidad. Ellis Y Grieger (1981). La finalidad de la TRE es la misma y a continuación vamos a conocer de qué manera trabaja para cumplir dichos objetivos.

De acuerdo con la teoría de la TRE, los hombres suelen ser más felices cuando se establecen metas, propósitos y objetivos importantes en su vida y hacen todo lo posible por alcanzarlos. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas, llamaríamos racional a lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, mientras que lo irracional sería lo que las frena, (Dryden y Ellis. 1989).

Partiendo de lo anterior, la TRE clasifica los pensamientos de las personas en dos tipos: las creencias racionales y las creencias irracionales Ellis y Abrahams (1980), Ellis y Grieger (1981) y Dryden y Ellis (1989).

Los pensamientos que tengamos pueden ser Racionales o Irracionales.

Racional quiere decir razonable, pensamiento lógico, acertado, realista, que aumenta la auto-estima. Es la forma de pensar, sentir y actuar que ayuda a la supervivencia y felicidad humana.

Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, se manifiestan por medio de expresiones como “ me gustaría”, “quisiera” y “no me gustaría”. Se les llama racionales por que son relativas y porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Un ejemplo de una creencia racional sería: “quisiera poder trabajar durante toda mi vida “; esta frase implica que sería bueno, agradable, beneficioso y grato para mi el que realmente pudiera hacerlo, pero al mismo tiempo también significa que no voy a ser una persona miserable o que me voy a sumir en la depresión si no puedo hacerlo, me sentiré un poco mal pero al fin de cuentas me las ingeniaré para seguir adelante y para ser feliz de otra forma. Es algo que yo quisiera y me gustaría, pero si no lo logro no me quitará las ganas de vivir o me hará sentir terriblemente mal. Estas creencias son el fundamento de los comportamientos funcionales.

Irracional quiere decir pensamiento catastrófico, absolutista, no-acertado, auto-derrotista e irrealista, es cualquier pensamiento, emoción o conducta que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo.

Las creencias irracionales son absolutas por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “estoy obligado”, etc... , además de que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas, como la depresión, ansiedad, culpabilidad y miedo; son la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas. Siguiendo con el ejemplo anterior, una

creencia irracional podría ser: “tengo que trabajar durante toda mi vida”, en esta frase la perspectiva cambia, el simple hecho de convertir el deseo en deber, necesidad u obligación, implica que el incumplimiento de dicha meta, traerá desgracia, malestar, dolor y sufrimiento, como el trabajar toda mi vida es una obligación, un deber y necesidad, sería terrible si no lo consiguiera, no podría soportarlo y me sentiría fracasado y miserable. Estas creencias suelen estar en el fondo de muchas alteraciones psicológicas.

Por consiguiente, tenemos la capacidad de comportarnos racional o irracionalmente, pero solo cuando actuamos y pensamos de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices, efectivos y saludables emocionalmente.

Cuando nos acostumbramos a una filosofía de “obligaciones” tendemos a llegar a conclusiones irracionales derivadas de los debo y tengo que. Estas derivaciones también obstaculizan nuestros propósitos y metas básicas que nos planteamos y se pueden clasificar en tres categorías básicas.

La primera derivación se conoce como tremendismo, se trata de una conclusión exagerada que se manifiesta generalmente con frases como “es terrible” u “horrible”. Y esto ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más de un 100 %. En el ejemplo del trabajo lo manejaríamos como que “sería terrible si no pudiera trabajar durante toda mi vida”.

La segunda derivación se conoce como no soportantitis. La cual significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca y bajo ningún tipo de condiciones, cuando el acontecimiento que debería suceder no pasa o por el contrario, que el no debería pasar

ocurriera. Normalmente se expresa a través de frases como: “no puedo soportar”. Así en el ejemplo diría: “no podría soportar dejar de trabajar”.

Y la tercera derivación importante es llamada condena, que representa la tendencia humana a clasificarse a uno mismo o a otros como “subhumano”, “inservible”, “fracasado” o “miserable”, si uno mismo o el otro hace algo que no debe o no hace algo que debería hacer. Por ejemplo: “si dejara de trabajar sería un completo fracaso”.

Una vez que se conoce la diferencia entre creencias racionales e irracionales, resulta también más sencillo identificar y distinguir entre las emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Las personas siempre van a sentir, y a lo largo de toda su vida es imposible evitar que en algún momento se sientan mal; pero hay diferentes grados de malestar y en general dos niveles; uno con el que se puede vivir sin mayor problema y otro con el que se sufre demasiado, por lo que no es sano ni conveniente para la persona, a continuación describimos las emociones negativas apropiadas versus las emociones negativas inapropiadas tal como lo hacen Dryden y Ellis (1989).

1.- *Inquietud vs ansiedad.* La inquietud es una emoción que se asocia con la creencia: “espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera”, mientras que la persona se siente ansiosa cuando cree: “esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera”.

2.- *Tristeza vs depresión.* Una persona se siente triste cuando cree: “he tenido una muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debiera haber pasado esto”. Y se siente deprimida si cree: “no debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así”.

3.- Dolor vs culpabilidad. Una persona puede sentir dolor cuando reconoce que ha hecho algo malo en publico o privado, pero no se acepta a si misma como un ser humano que puede cometer fallos. Se generan sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a si misma como mala, perversa, corrupta y miserable por haber actuado mal.

4.- Desilusión vs vergüenza/apuro. Una persona siente desilusión cuando se comporta de forma estúpida en publico, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a si misma; en realidad la persona se siente desilusionada por su comportamiento, pero no consigo misma porque prefiere mas no se obliga a comportarse bien. Siente vergüenza cuando reconoce que se ha comportado de forma estúpida en publico y se condena por algo que no debería haber hecho.

5.- Disgusto vs ira. Una persona se disgusta porque no le agrada lo que otro ha hecho, pero no le condena por ello. Sin embargo, la persona que siente ira, cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

Como podemos observar, es racional tener emociones negativas, siempre y cuando sean apropiadas (tristeza, desilusión, dolor y disgusto), porque a pesar de que las tengamos, no resultan un impedimento para cumplir nuestros objetivos ni metas básicas. En cambio cuando detectamos emociones como ansiedad, depresión, culpabilidad, vergüenza o ira, significa que estamos siguiendo una serie de creencias irracionales que es mejor combatir, puesto que si seguimos con ellas no sólo se nos dificultará más alcanzar nuestros objetivos sino que habrán otras implicaciones. Normalmente las personas que se aferran a la irracionalidad se denigran o no quieren aceptarse a si mismos; la irracionalidad bloquea seriamente el conseguir la clase de relaciones interpersonales que les gustaría tener; impide

su trabajo lucrativo y alegre en algún quehacer productivo; e interfiere en sus mejores intereses propios en otros aspectos importantes Ellis y Griger (1981).

Pero, ¿De dónde viene el pensamiento irracional? Ellis apoya la tesis de que las diferentes irracionalidades tienen raíces biológicas y brotan de la naturaleza fundamental del ser humano. Ellis entiende por fundamento biológico que una característica o rasgo tienen unos orígenes marcadamente innatos y que en parte brota de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse de una forma característica. Con esto no quiere decir que esta característica o rasgo tiene una base puramente instintiva, que no puede experimentar un cambio mayor, ni que este organismo perecería o al menos viviría en una miseria indecente sin ella. Sólo quiere decir que a consecuencia de su naturaleza genética o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra dificultad en modificarlo o eliminarlo, Ellis y Grieger (1981).

Vemos pues que todos los seres humanos estamos propensos a tener creencias irracionales no en uno, sino en muchos momentos a lo largo de nuestra existencia. Comprobamos así la teoría central de la TRE que señalábamos en un principio y caemos en cuenta al fin y al cabo nosotros somos nuestra propia causa, acción y consecuencia. Es por esto mismo que resulta indispensable voltear los ojos a nosotros mismos fuera de buscar culpables externos (que hay que y quienes influyen, pero pasan a segundo término) para poder solucionar nuestras perturbaciones emocionales.

Un factor que resulta de gran importancia para lograr este objetivo es la forma en que nos percibimos a nosotros mismos, en especial la estimación que nos tenemos por nuestro propio valor o valía. Según Ellis y Grieger (1981), muchas personas perturbadas

emocionalmente exigen fervientemente ser amadas o triunfar en lo que hacen para no valorarse o clasificarse a sí mismas como malas, horribles o despreciables y al mismo tiempo para no sentirse deprimidas.

De acuerdo con los autores, dentro de la percepción que tenemos sobre nosotros mismos, existe una diferencia importante entre lo que conocemos como autoestima y autoaceptación. En la autoestima las personas se valoran a sí mismas porque han actuado inteligente, correcta y competentemente; lo que significa que si en algún momento no lo hacen de dicha forma, no serán ya dignas de valorarse. En cambio, en la autoaceptación, el individuo se acepta total e incondicionalmente tal y como es, sin importar si se comporta o no inteligente, correcta y competentemente, ni si los demás lo aceptan, respetan o aman. Por tanto, mientras que sólo las personas que actúan bien pueden merecer y sentir autoestima, casi todos los seres humanos son capaces de sentir autoaceptación.

El problema está cuando el individuo se valora a sí mismo de manera global, ya que de esta forma, puede clasificarse como malo, inferior, miserable o inadecuado; provocando sentimientos de angustia, culpabilidad y depresión; o por el contrario, puede clasificarse como bueno, superior o adecuado, generando una gran inseguridad de mantener su bondad, de gastar mucho tiempo y esfuerzo en probar lo mucho que vale y de no sabotear sus relaciones consigo mismo y con los demás.

Así pues, resulta bastante necesario que las personas acepten su valor como humanos y para ello los autores sugieren enseñarles a decirse a sí mismos lo siguiente: “en primer lugar estoy vivo. Esto es perfectamente evidente y observable. En segundo, elijo permanecer vivo, ¿Por qué?, simplemente porque elijo hacerlo. En tercero, deseo mientras

esté vivo, vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer. Porque eso parece conducir a que yo permanezca vivo y porque, sencillamente, me gusta ser dichoso más bien que desdichado. Y en cuarto, déjenme ver cómo me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo”.

3.1.2. *El A-B-C-D-E de la TRE.*

Hay evidencia científica que comprueba que los seres humanos funcionan en tres dimensiones que invariablemente se interrelacionan entre sí, es decir, que cada dimensión afecta a las demás en forma continua. Las dimensiones son:

Ψ Pensamiento

Ψ Sentimiento

Ψ Acción y/o Conducta

Durante nuestra vida cotidiana son muchas las ocasiones en que escuchamos a las personas decir, por ejemplo:

- El auto se descompuso y "eso" me causa ansiedad.
- Obtuve una "mala nota" en matemáticas y "eso" me deprime.
- El hablar en público "me causa" mucho temor.
- La conducta de los niños me pone "mal de los nervios".

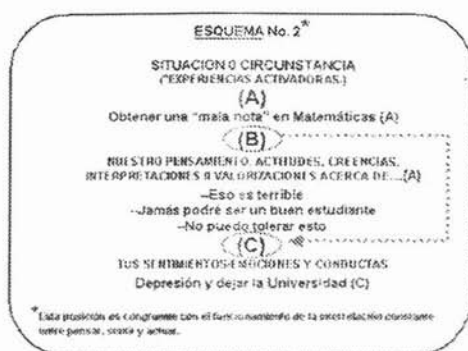
Cuando escuchamos frases como las anteriores, las personas asumen que son las situaciones o circunstancias externas las que directamente causan la manera en que nos sentimos y actuamos. El siguiente esquema ilustra esta posición:



El Dr. Albert Ellis, quien dio origen a la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC), un nuevo enfoque psicológico en el tratamiento de los problemas emocionales y cuyos principios también pueden seguirse como una filosofía de vida, nos presenta una manera diferente de entender nuestras emociones y conductas.

En la TREC se propone que por razón de nuestras tendencias naturales y aprendidas *nosotros mismos* en mayor medida somos los que controlamos nuestro destino y *sobre todo nuestra emocionalidad*. Hacemos esto a través de nuestros valores y creencias básicos - *según como pensamos interpretamos y/o valorizamos los acontecimientos que suceden en nuestra vida y según las acciones que elegimos llevar a cabo*.

La teoría de TREC (terapia racional-emotiva -conductual) afirma que la conclusión presentada en el **esquema No.1** **NO** es necesariamente correcta y representa "un paso en falso", ya que la (C) emociones y conducta -no proviene automática y absolutamente de (A) -situación o circunstancia- **sino que proviene de (B)**-que son nuestras creencias, interpretaciones, pensamientos, actitudes y/o valorizaciones respecto de la (A). Esto es lo que se conoce como el **Modelo A-B-C de la TREC** para explicar las emociones y conductas de los seres humanos. El siguiente esquema ilustrará mejor la posición de la terapia racional-emotiva conductual (TREC).



El esquema No.2 es consonante con lo que hacía notar el filósofo Epicteto, hace 2,000 años aproximadamente que: *No son los eventos que suceden los que perturban a los seres humanos, sino la opinión o interpretación que se hace de ellos.*

Lo anterior se afirma claramente en la teoría de TREC, de que las experiencias o eventos activadores" en (A) *no hacen* que tengamos unas experiencias o consecuencias emocionales en (C) y *tampoco llevan* a unas determinadas actuaciones o consecuencias conductuales. Más bien uno mismo es el factor o elemento principal que produce las propias consecuencias en (C), *al creer firmemente* ciertas cosas en (B), que es nuestro propio sistema de creencias naturalmente predispuestas o aprendidas culturalmente

Todo lo que hemos descrito sobre la teoría de la TRE se esquematiza en el modelo A-B-C-D-E de Ellis; en el que A representa los acontecimientos activadores, B las creencias racionales e irracionales y C las consecuencias emocionales y conductuales Ellis y Abrahams (1980), Ellis y Grieger (1981) y Driden y Ellis (1989).

Los acontecimientos activadores (A) son las cosas, los algo de los que ya hablamos anteriormente. Suelen ser acontecimientos presentes y corrientes, o las propias conductas,

pensamientos o sentimientos de una persona a estos hechos, pero se encuentran envueltos en recuerdos o pensamientos (consientes o inconscientes) de experiencias pasadas.

Las creencias (B) son pensamientos, cogniciones o ideas que pueden tomar diferentes formas ya que cada persona las crea de acuerdo a sus valores, educación, experiencia, estilo de vida, etc... Las creencias racionales (rB) son responsables de las conductas de autoayuda y las irracionales (iB) conducen a comportamientos de autodestrucción.

Las consecuencias (C) pueden ser cognitivas, afectivas y comporta-mentales. Consisten en una alteración emocional (como sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio y autocompasión) y conductual (como hacer cosas autodestructivas o perjudiciales o dejar de hacer otras que resultan benéficas).

Como ya lo veíamos en la teoría de la TRE, la mayoría de las personas piensan que C (emociones y comportamientos negativos) es la consecuencia directa de A (acontecimientos activadores), cuando el verdadero causante suele ser B (las creencias irracionales sobre A). Por ejemplo, un individuo suele creer que se siente deprimido (C) porque las demás personas no le hacen caso (A), cuando en realidad se siente así por la creencia irracional que tiene de que la gente debería de aceptarlo, quererlo y atenderlo; y como no es así, la situación le parece terrible, difícil de soportar y por ello se siente miserable (iB).

En un caso positivo, un individuo puede tener el mismo acontecimiento activador (no tener la atención de otras personas), sin sentirse deprimido (C), simplemente porque en B, piensa más o menos así: “no me gusta que las personas no me presten atención cuando yo les hablo o solicito algo, preferiría que pusieran más de su parte cuando tenemos que llegar

a un acuerdo, y si no lo hacen me parecerá bastante molesto, sin embargo no es algo tan terrible, algo que yo no pueda soportar, o que me vaya impedir cumplir mis objetivos”.

Según los autores, Ellis y Abrahams (1980), Ellis y Grieger (1981) y Driden y Ellis (1989) entre los pensamientos que tiene una persona podemos encontrar diversos tipos de ideas y creencias, tales como las siguientes:

➤ **Observaciones no evaluativas.** Se trata de ideas que no van más allá de los datos que disponemos y que no tienen ninguna relación con nuestros objetivos. Un ejemplo sería hace aire.

➤ **Inferencias no evaluativas.** son hipótesis que se extraen de nuestras observaciones y pueden ser correctas o incorrectas. Se les llama inferencias porque van más allá de los datos disponibles, y no son evaluativas cuando no tienen relación con nuestros objetivos. Por ejemplo: lloverá en la tarde. Se vuelven evaluativas cuando si tienen relación con nuestros objetivos: como por ejemplo: lloverá en la tarde y habrá mucho tráfico; suponiendo que el individuo tiene que hacer un largo recorrido en auto, seguramente se vera afectado si sus inferencias llegan a ser ciertas. Normalmente las inferencias suelen ir encadenadas, por lo que resulta sumamente importante encontrar la inferencia más relevante de la cadena, que es la que incluye las evaluaciones de obligación. Por ejemplo, siguiendo con la idea de la lluvia en la tarde, el individuo podría continuar: habrá mucho tráfico y será un caos terrible porque tengo que llegar temprano a mi cita y por la lluvia no podré lograrlo.

➤ **Evaluaciones preferenciales positivas / negativas.** Son relativas, van más allá de los datos disponibles y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo y negativo respectivamente. A menudo son clasificadas como racionales desde el punto de vista

de la TRE ya que ayudan y favorecen el que una persona siga con sus objetivos y propósitos básicos. Un ejemplo de una evaluación preferencial positiva sería: “prefiero que mi familia venga a visitarme”, mientras que su versión negativa sería: “prefiero a mis familiares que no me abandonan”.

➤ **Evaluaciones de obligación positivas / negativas.** Son absolutas y dogmáticas, van más allá de los datos disponibles y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo y negativo respectivamente de una forma devota. Se clasifican como irracionales dado que inhiben e impiden que se consiga el reto de objetivos y propósitos básicos. Siguiendo con el ejemplo anterior, una evaluación de obligación positiva sería: “mis familiares tienen que venir a visitarme” y una evaluación de obligación negativa: “mis familiares no deben de abandonarme”.

Una vez admitido que las personas crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfados por las creencias irracionales que defienden, el objetivo de la TRE es ayudar al cliente a que las deje, así como también los comportamientos auto-destructivos que puedan acompañarlas y a desarrollar al máximo su forma racional de pensar y de creer.

El modelo A-B-C de la TREC se completa al agregarle los elementos D y E. El elemento D se refiere a las técnicas o estrategias utilizadas durante el proceso de cambiar las emociones y conductas perturbadas.

Una vez que se ha ayudado al individuo a detectar sus creencias irracionales, es momento de empezar a trabajar para modificarlas. Para esto, la TRE se vale de un proceso de discusión, que constituye la (D) que sigue en el esquema A-B-C de Ellis. Dentro de este proceso se pretende definir, distinguir y debatir las creencias irracionales de las personas.

El proceso empieza por definir las creencias irracionales a discutir. Posteriormente es necesario distinguir o identificar las diferencias entre lo que la persona quiere, lo que necesita, sus deseos, sus demandas y sus ideas racionales e irracionales. Lo que se pretende aquí es que la persona reconozca qué aspectos de su razonamiento, de sus creencias, ideas, comportamientos, metas y demandas le son realmente convenientes para su vida y cuáles son las que sólo le están perturbando. Para después debatirlas, contraponerlas, cuestionarlas, enfrentarlas mediante cuestiones como: ¿Esta forma de pensar es objetiva?, ¿Me ayudará esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses?, ¿Me ayudará esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana?, ¿Me ayudará esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás?, ¿Me ayudará esta forma de pensar a sentir emociones que quiero sentir?. Una vez contestadas estas preguntas, el individuo puede definir con qué creencias ha de quedarse puesto que le son convenientes y cuáles desechar por parecerle inadecuadas; lo que constituiría una redefinición semántica, en la que se detiene la supra-generalización y se mantiene al individuo más cerca de la realidad.

Toda la discusión se lleva a cabo en la TRE mediante el uso del método lógico empírico y socrático de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir. Para ello se toma una de las creencias irracionales que se detectaron en el individuo y se procede a preguntar de la siguiente manera: ¿Qué evidencia tiene de que...?, ¿En qué está su falsedad o verdad?, ¿Qué le hace sentir así?, Ellis y Grieger (1981). Si se contara con evidencia suficiente para mantener cierta creencia, entonces se deja tal y como está; pero si no se encuentra ninguna razón lógica para apoyarla, y/o por el contrario, se encuentra evidencia contra ella, entonces hay necesidad de dejarla y buscar otra mejor que vaya de acuerdo a los planes objetivos y metas de la persona.

A continuación se presentan algunas formas de discutir las principales conclusiones irracionales derivadas de los *debo* y *tengo* que, así como las mismas que conforman la filosofía de obligaciones.

Para el tremendismo.

Cuando los individuos consideran que algo es horroroso, lo que en realidad están pensando es que es algo más que malo o infinitamente malo; y en una escala de maldad donde 5 % es poco malo y 99 % es excesivamente malo, lo horroroso lo consideran con un porcentaje que va del 101 hasta el infinito de maldad, grado que en la realidad no existe. En estos casos, la discusión habría de empezarla con un *¿Porqué me resulta horroroso esto?* Y guiar a la persona a través de diversas preguntas a descubrir que las cosas pueden ser bastante desventajosas y hasta excesivamente malas, pero que no es posible que sean infinitamente malas. En muchas ocasiones, las personas tienden a contestar la pregunta anterior con explicaciones engañosas, que dan razón de muchas cosas, de cómo les afecta el que dicho suceso sea horroroso, pero no podrán dar una razón de porqué el hecho en sí es terrible, puesto que tal grado de maldad no existe. De esta forma de lo que se trata es de forzar al individuo a que defina los términos de manera que llegue a afirmaciones que no sirvan para probar que algo es horrible y por lo tanto descubra que se trata de una creencia irracional que hay que cambiar.

Para el no soportar.

Cuando alguna persona afirma que no puede tolerar o que no puede soportar algo, lo primero que habría de preguntarle es: *¿De qué manera no lo puede soportar?*, pruebe que no puede, *¿Cómo que no puede?*. En realidad no hay nada que una persona no pueda

soportar. Podrán haber muchas cosas que no le agraden, que le molesten, que le incomoden, que le entristezcan y que le duela tener que soportar, pero eso no implica que no pueda hacerlo. De hecho, puede soportar cualquier cosa que haga o que exista en el universo mientras tenga vida. Incluso si le ocurriera la cosa más perjudicial, claramente puede soportarlo hasta que muera. Por que una vez que muera por causa de ello, ya acaba su existencia y ya no quedan más preguntas que hacer sobre si puede o no soportarlo. Una persona podría decir que no soporta estar enferma, pero la realidad es que si puede hacerlo, a pesar de que sufra, puede y lo hará hasta que un día sane o muera.

Para la condena.

Cuando una persona clasifica a otros o a sí mismo como miserable o fracasado, habría que preguntarle: ¿Qué es lo que te convierte en miserable? o ¿Por qué crees que es un fracasado?. Las persona seguramente responderá alegando diferentes errores que ha cometido en su vida, defectos personales que le han ocasionado problemas, situaciones que no le han sido beneficiosas, y/o cosas que no le han salido como quería. Todo esto sólo resulta una prueba de aspectos que no son muy buenos en su persona, pero no sólo son eso: aspectos, partes, secciones, características; en ningún momento se trata de la persona completa. Como lo decíamos en la teoría, la valía de un individuo no se encuentra viendo a la persona de una forma global. La persona que se siente miserable por algo malo que hizo, de ninguna manera lo es, porque todos cometemos errores, porque a pesar de esa equivocación, sigue teniendo muchas virtudes, podrá tener otros éxitos y mejores capacidades. De igual forma, cuando un individuo califica a otro como un ser despreciable, sólo está generalizando alguna característica negativa y la esta llevando a todos los aspectos

de su vida y por lo mismo es necesario comenzar la discusión (D) con ¿Qué es lo que hace un ser despreciable?.

Para la filosofía de las obligaciones.

Cuando las personas convierten sus preferencias en demandas, sus deseos en necesidades y sus propósitos en obligaciones, afirmándose a sí mismas, “debo”, es necesario que y/o “tengo que”, tienden a desarrollar fuertes perturbaciones emocionales cuando no cumplen con ellas. Lo más importante entonces es debatirlas de antemano con un ¿Por qué?, ¿Por qué es necesario que las cosas sean de cierta forma?, ¿Qué evidencia existe de que cierta persona no debería de actuar de tal manera?. En realidad no existen razones, pruebas o evidencias suficientes ni reales para ninguna de ellas. Es por ello que lo más conveniente resulta dejar de imputarse a sí mismo y a los demás, dogmática y condenatoriamente estas obligaciones imperativas y totalitarias. Esto no sólo librará de perturbaciones emocionales, sino que también nos permitirá llegar a conclusiones como las siguientes:” bien, no parece que consiga lo que quiero y quizás nunca lo podré conseguir, esto es muy feo, tendré que aprender a vivir sin ello por ahora y probablemente para siempre, pero esto no me quitará las fuerzas de vivir, ni me convertirá en un ser despreciable, ni me deprimiré por eso”.

Si se discute con firmeza y continuidad todas las creencias irracionales, poco a poco la persona dejará de darles crédito y de seguir sus exigencias e imperativos, de manera que podrá seguir su vida sin estar sometido a una necesidad perturbadora.

El ultimo punto del A-B-C-D de la TRE lo constituye el desarrollo de un nuevo efecto (E) o filosofía que permita a la persona pensar directamente sobre sí mismo, los demás y el

mundo de una forma más conveniente en el futuro, es decir, cambiando sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación correcta.

El efecto empieza por ser cognitivo (Ec) y puede llegar a ser emotivo (Ee) y conductual (Ec). De esta forma, los individuos no sólo cambian su perspectiva y sus creencias sobre las cosas, sino también sus emociones, sus sentimientos y su comportamiento en diferentes ámbitos de su vida. En todo caso es necesario que se practique muchas veces el A-B-C y D-E, de forma emotiva y orientada a la acción, es decir, llevándola a la práctica, con el fin de que el E se mantenga permanentemente.

De acuerdo con Dryden y Ellis (1989) para poder efectuar un adecuado cambio filosófico es necesario que las personas: 1) se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas; 2) reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones; 3) comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales; 4) detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales; 5) refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia; 6) trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales; y 7) continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de su vida.

En este punto cabe mencionar, que dado que es posible que las creencias irracionales se encuentran en muy arraigadas a las personas, es común que sus perturbaciones constituyan algo habitual en su vida, por lo que en algunas ocasiones, a la hora de realizar este cambio

tan radical en su sistema de creencias, se perciban a sí mismas como farsantes, como si al ya no tener estas perturbaciones ya no fueran ellas mismas. Por muy asombroso que parezca, sucede y de hecho el miedo al cambio puede ser un gran obstáculo para alcanzar los fines terapéuticos. A este efecto se le conoce como disonancia o desacuerdo cognitivo-emotivo, Mautsby, citado en Ellis y Grieger (1981), y para eliminarlo, hay que convencer al cliente que lo ignore y que continúe sus acciones y su forma de pensar racional utilizando las diferentes tareas de práctica en la vida real. Con esto, poco a poco los sentimientos desagradables se van haciendo menos intensos y los sentimientos racionales que son lógicos con los pensamientos racionales se hacen plenamente habituales.

Para la TRE, una persona psicológicamente sana, es aquella que adopta una filosofía de relativismo o del deseo. En ella, reconoce todos sus valores, deseos, anhelos, preferencias, etc..., sin llegar a convertirlos en dogmas o imposiciones. Una persona sana puede sentir emociones negativas apropiadas como la tristeza, la desilusión, dolor o fastidio cuando las cosas no salen como lo espera, y estas mismas le sirven para superar los siguientes obstáculos y para adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

Otras características o criterios de las personas racionales o psicológicamente sanas son las siguientes: 1) colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás; 2) mantienen un interés racional y positivo por la sociedad; 3) asumen la responsabilidad de su vida a la vez que cooperan con los demás; 4) tienen alta tolerancia a la frustración; 5) suelen ser de ideas flexibles, abiertos al cambio, pluralistas, no fanáticos a la hora de emitir sus opiniones y no dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás; 6) aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y un continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta; 7) se

comprometen en ocupaciones creativas; 8) tienden a ser más objetivos, científicos y racionales, siendo capaces de tener pensamientos profundos y de actuar correctamente; 9) se alegran de estar vivos y se aceptan a sí mismos incondicionalmente sólo por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse y procuran no evaluarse; 10) tienden a arriesgarse e intentan hacer lo que pueden, son aventureros pero no temerarios; 11) aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento; 12) aceptan que las utopías son inalcanzables, que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor, y 13) aceptan la gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones emocionales en lugar de echar la culpa a los demás o a las condiciones en que viven Dryden y Ellis (1989).

La técnica fundamental para cambiar los pensamientos, creencias, interpretaciones o filosofías irracionales por unas más racionales, es la de **disputar, contradecir, argumentar y/o desafiar las creencias o ideas irracionales**. Esta técnica se lleva a cabo de la siguiente manera:

3.1.2.1 Formato para el Análisis Racional de los Pensamientos.

EXPERIENCIA O SITUACION "ACTIVANTE" (A)

- Tener una entrevista de trabajo **PENSAMIENTOS, IDEAS O CREENCIAS**

IRRACIONALES (B)

1. Yo puedo fallar y eso sería horrible.
2. Si fracaso eso quiere decir que no valgo para nada.
3. Es posible que yo le caiga mal a la persona que me entrevistará.

4. Jamás seré feliz si no consigo el empleo.

SENTIMIENTOS/EMOCIONES Y CONDUCTAS (C)

1. Excesiva ansiedad.
2. Excesivo temor.
3. Excesiva preocupación.
4. Tartamudear.
5. Temblor de las manos. ;
6. Defensividad inapropiada.
7. No pedir aclaraciones.
8. Deseos de abandonar la situación.

DISPUTAR/DESAFIAR O CONTRA-ARGUMENTAR

LAS IDEAS IRRACIONALES (D)

1. Puedo fallar, pero también puedo tener éxito.
2. Si fracasara la entrevista, eso no tiene que ver con mi valor como ser humano.
3. Posible no es lo mismo que probable. Ahora, ¿qué probabilidades tengo de fracasar: 75%, 50%, 25%?.
4. La palabra "jamás" es muy amplia. Sería tonto si dejara de ser feliz por no obtener un empleo.

*El elemento E que completa el Modelo A-B-C-D, se refiere al "efecto" de haber atacado nuestras ideas irracionales, y comenzar a actuar en base a nuestro nuevo pensar y

necesariamente por un profesional en los primeros momentos de la crisis. Esta primera parte se compone de cinco primeros auxilios psicológicos.

- 1.- Establecer el contacto psicológico. Implica escuchar y aceptar los sentimientos de la víctima de manera tranquila y controlada.
- 2.- Examinar las dimensiones del problema. Implica conocer y reconocer el por qué de la situación, es vista como crítica por la persona.
- 3.- Analizar posibles soluciones. Implica la búsqueda de alternativas de solución al problema.
- 4.- Ejecución de acciones concretas. Implica llevar a cabo una de las alternativas de solución analizadas anteriormente.
- 5.- Seguimiento. Es la comunicación que se tenga con la víctima para saber si su problema se está solucionando efectivamente o se requiere de ayuda adicional.

La segunda parte de la intervención en crisis implica un proceso terapéutico llevado a cabo por un profesional capacitado para ello. El primer paso importante para efectuar la intervención constituye la evaluación del conflicto y Slaikeu lo hace dividiéndolo en cinco sistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo, de ahí su nombre de CASIC. La evaluación de los pacientes en crisis consiste en analizar estas cinco dimensiones tanto antes como después del evento e identificar aquellos aspectos en los cuales la persona ha tenido algún efecto significativo tanto positivo como negativo de la crisis y que ha modificado su forma cotidiana de vivir.

3.3 Desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática es uno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad, se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular y, luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad. Luego se van presentado estímulos sucesivamente más "fuertes", que son tratados en forma semejante, este método nos ha dado el poder de superar un gran número de hábitos neuróticos, a menudo en un poco tiempo. Nos ha capacitado para tratar estos hábitos en cualquier orden que queramos. El empleo de una emoción contractante para superar paso por paso un hábito emocional indeseable tiene un precedente en un método milenario: a un niño se le acostumbra gradualmente a una situación que teme exponiéndolo a pequeñas dosis de la situación en circunstancias en que también están presentes otras situaciones, por ejemplo cuando un niño teme bañarse en el mar, el padre lo lleva primero hasta el borde del mismo de las olas que se acercan, y lo suelta cuando se acerca una ola, cuando el niño se habitúa cómodamente a esto, el padre lo alienta para que meta el pie en una ola, y luego el tobillo y así sucesivamente. Después de haber vencido gradualmente su miedo, el niño llega a ser capaz de jugar él con el mar a placer. Además de ser agentes inadvertidos en esta terapia espontánea, muchas veces los padres tratan "instintivamente" los miedos de sus niños establecidos de un modo esencialmente semejante, (deliberada y muy sistemáticamente). El primer ejemplo conocido en que se usaron deliberadamente respuestas contractantes para superar las respuestas neuróticas de ansiedad acercando gradualmente el estímulo, fue el uso de la alimentación para superar las fobias infantiles en los casos de Mary Cover Jones (1924).

3.3.1 Análisis formal de la desensibilización sistemática

Tiene sus raíces en el laboratorio experimental, (Wolpe, 1948, 1952, 1958), se trabajó con gatos, creándoles una neurosis experimental, encerrados en una pequeña jaula mediante el proceso de administración de choques eléctricos de alto voltaje, y un estímulo auditivo que les precedía, se vio que las respuestas de ansiedad se daban ante estos estímulos y otros relativos, y que eran extremadamente resistentes al proceso de extinción normal, ni la exposición prolongada ni repetida disminuirán la respuesta neurótica, aunque nunca se les volviera a suministrar los choques a los animales, además por muy hambrientos que estuvieran, no era posible incitarlos a comer pedazos de carne fresca que regaban en el piso de la jaula, o sea la respuesta de ansiedad era capaz de inhibir totalmente una respuesta tan básica y adaptativa como la de comer en un animal muy hambriento. Por supuesto esta falta de extinción se presenta regularmente en las neurosis humanas, ahora bien los animales presentaban menos respuesta de ansiedad en el laboratorio experimental y aun menos en otros lugares, de acuerdo con el grado de semejanza del laboratorio, hasta que las manifestaciones de ansiedad desaparecían y el gato comía, ahora en forma ascendente con un cuarto que se asemejara cada vez al laboratorio experimental hasta que la conducta de comer llegaba a restablecerse en la propia jaula experimental, eliminando totalmente la respuesta de ansiedad.

Estas observaciones llevaron a la búsqueda de métodos que pudieran conducir a eliminar los hábitos neuróticos de los humanos, Jacobson (1938), describía una respuesta inhibitoria de la respuesta de ansiedad que no le pedía al paciente ningún tipo de actividad motora hacia la fuente de su respuesta de ansiedad. Se empezó a dar entrenamiento de relajación a los pacientes que padecían neurosis y que no se les podía aplicar asertividad, sin embargo

era necesario un enorme potencial de relajación para inhibir la respuesta de ansiedad provocada por un estímulo fóbico de la vida real, Paul (1969), ha demostrado que la relajación muscular produce efectos opuestos a los de la respuesta de ansiedad en el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la conductancia de la piel, estudios similares son los que hicieron posible el avance hacia la aplicación de la terapia de desensibilización sistémica.

Una vez que un estímulo productor de una respuesta de ansiedad débil ha cesado de excitar la respuesta de ansiedad, es posible presentar otro estímulo un poco "más fuerte" al paciente totalmente relajado, y este estímulo "más fuerte" provocará ahora menos respuesta de ansiedad de la que habría provocado antes.

3.3.2 Técnica de la desensibilización sistemática

La técnica implica 3 conjuntos de operaciones diferentes:

1. Adiestramiento en relajación muscular profunda

No hay ninguna secuencia necesaria para entrenar a los diversos grupos musculares en la relajación, pero la secuencia adoptada debe ser ordenada. Se debe comenzar con los brazos ya que es conveniente para hacer una demostración y por que es fácil revisar la relajación lograda, después se procede con la región de la cabeza, por que generalmente los efectos inhibidores de la respuesta de ansiedad más notables se obtienen relajando esa zona. Las sensaciones comunes son hormigueos, entumecimiento o calor, principalmente en las manos, el terapeuta debe palpar los músculos relajados, con la práctica se aprende a distinguir diversos grados gruesos de tensión muscular. La tercera lección corresponde a los

maceteros y temporales, lengua, músculos faríngeos, globo ocular. En la cuarta lección nos dedicamos al cuello y los hombros, donde lo principal lo constituyen los músculos posteriores que normalmente mantienen la postura erecta de la cabeza. La quinta lección se ocupa de los músculos de la espalda, abdomen y tórax. La sexta lección toca la relajación a los músculos inferiores.

2. Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad

Una jerarquía de respuesta de ansiedad es una lista de estímulos referentes a un tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan, ya sea en forma ascendente o descendente, la construcción de las jerarquías empieza al mismo tiempo que el entrenamiento de relajación, y está sujeta a alteraciones o adiciones en cualquier momento, el periodo de recolección de datos y la organización se hacen en la entrevista y no en el periodo de relajación, se deben de clasificar por temas, (Generalmente hay mas de un tema)

Jerarquía descendente a un examen:

1. Camino a la universidad en el día de examen
2. Mientras está contestando una hoja de examen
3. Está ante las puertas cerradas del cuarto de examen
4. Espera a que se distribuyan las hojas de examen
5. Las hojas del examen se encuentran cara abajo ante el paciente
6. La noche anterior al examen
7. Un día antes del examen
8. Dos días antes del examen

9. Tres días antes del examen
10. Cuatro días antes del examen
11. Cinco días antes del examen
12. Una semana antes del examen
13. Dos semanas antes del día del examen
14. Un mes antes del examen

Escala de ansiedad subjetiva: La escala se presenta al paciente diciéndole lo siguiente: piense en la peor respuesta de ansiedad y asígnele el número 100, ahora piense en la calma absoluta y llame a esto cero, ahora como se evalúa en este momento.

*Es posible emplear la escala para pedir al paciente que evalúe los ítems de la jerarquía de acuerdo con la cantidad de respuesta de ansiedad que sentiría al ser expuesto a ellos.

3. Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

La escena está lista para aplicar el procedimiento de desensibilización cuando el paciente ha adquirido la capacidad de calmarse mediante la relajación, muchos de los pacientes se calman adecuadamente cuando el entrenamiento de relajación está a la mitad, o antes, aunque para el programa de desensibilización es muy aconsejable que el paciente logre un sentimiento de calma, por ejemplo, una negativa respuesta de ansiedad, no es obligatorio y uno puede darse por satisfecho con cero unidades subjetivas de ansiedad (sea esta o no sea la que es informada por el paciente como una sensación de ansiedad que flota libremente, llamada por los ingleses free-floating anxiety).

Mientras que el paciente esta sentado o acostado cómodamente con los ojos cerrados, el terapeuta procede a producir un estado de relajación tan profundo, como sea posible usando palabras como: "Ahora todo su cuerpo se hace cada vez mas pesado, y todos sus músculos se relajan. Relájelos más y más, daremos a sus músculos atención individual, relaje los músculos de la frente, (pausa) 5- 10 seg. Relaje los músculos de maxilares y lengua, (pausa), relaje los músculos de los globos oculares, mientras más relajados mas tranquilo estará, (pausa), relaje los músculos del cuello, (pausa), que todos los músculos de sus hombros se relajen, simplemente déjese ir, (pausa). Ahora relaje sus brazos, (pausa), relaje todos sus músculos del tronco, (pausa). Relaje los músculos de los miembros inferiores. Déjese ir más y más. Se siente cada vez más relajado y más cómodo". Jacobson (1938).

En la primera sesión de desensibilización, que siempre, es en parte exploratoria, el terapeuta procura tener alguna retroalimentación sobre el estado del paciente y le pide que declare con la escala subjetiva cuanta respuesta de ansiedad presenta. Si el paciente continua teniendo alguna respuesta de ansiedad a pesar de sus mejores esfuerzos de relajación directa, pueden utilizarse diversas escenas particularmente relajantes, las que se emplean comúnmente son las siguientes:

1. "Imagine que en un tranquilo día de verano usted yace boca arriba sobre un prado mullido y mira a las nubes moverse lentamente hacia usted"
2. "Imagine un punto luminoso brillante e intenso que se encontrará frente a usted, a unos 50 cm.
- 3- "Imagine que junto a la orilla de un río se ve una hoja que se mueve erráticamente formando pequeñas ondas".

Hay una manera sistemática de llevar a cabo la presentación de las escenas en la primera sesión de desensibilización las observaciones que hace el terapeuta en esta sesión llevan a menudo a modificar la técnica para que encaje con los requisitos particulares del paciente. La primera escena es un control, es neutro en el sentido de que no se espera que el paciente tenga alguna respuesta de ansiedad ante ella. Hay dos razones para utilizar la escena de control, primero proporciona información general sobre la capacidad del paciente para visualizar material desprovisto de ansiedad, segundo: da indicaciones sobre ciertos factores contaminantes: el paciente puede sentir ansiedad por abandonar el control de sí mismo o por lo desconocido, de cualquier modo hay una ansiedad presente que no tiene nada que ver con el objetivo, de la desensibilización y esto tiene que ser abordado si la terapia ha de tener éxito.

3.3.3 Consideraciones cuantitativas.

Hay grandes variaciones respecto a cuántos temas, cuántas escenas de cada uno, y cuántas presentaciones se hacen en una sesión de desensibilización, generalmente se tratan de hasta cuatro jerarquías en una sesión individual, y no muchos pacientes tienen más de cuatro. Es común hacer tres o cuatro presentaciones de una escena para llevar a cabo la respuesta, pero pueden necesitarse diez o más. El número total de escenas está limitado principalmente por el tiempo disponible.

Usar solamente estímulos provocadores de respuesta de ansiedad débiles ha sido hasta ahora el principio aceptado en la desensibilización sistemática. Aunque evidentemente, esto es prudente cuando uno depende de la inhibición recíproca para producir el cambio, no necesariamente es siempre lo más económico.

3.3.4 Algunos obstáculos o fallas dentro de la desensibilización sistemática.

1. Dificultad en la relajación: Se puede tratar de mejorarla administrando dosis de meprobanoato, clorpromacina o codeína, u otro tranquilizante, una hora antes de la entrevista.

2. jerarquías erróneas o no pertinentes: Aún cuando las jerarquías que el terapeuta ha obtenido no tengan ninguna de las fallas de concepción o de construcción que pueden imputarse a errores elementales hay ocasiones en que el terapeuta encuentra que no está haciendo ningún progreso.

3. Imaginación inadecuada: La mayoría de los pacientes puede proyectarse a situaciones imaginarias provocadoras de respuesta de ansiedad de una manera que evoca algo de la realidad de las situaciones, y una cantidad correspondiente de respuesta de ansiedad. Jacobson (op. Cit.)

3.4 Entrenamiento asertivo.

Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

Pongamos un ejemplo: Usted se sienta en un restaurante a cenar, cuando el camarero le trae lo que ha pedido, se da cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Usted podría:

- a) No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.
- b) Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.
- c) Llamar al camarero y pedirle que por favor le cambie la copa.

Este ejemplo ilustra los tres puntos principales del continuo de asertividad:

Estilo pasivo, Estilo agresivo y el Estilo asertivo

Ni a) ni b) son conductas apropiadas en esa situación si lo que pretendemos es reducir nuestro estrés.

Estas formas de comportarnos nos hacen a veces ineficaces para la vida social, generándonos malestar. Sin embargo, como cualquier otra conducta, es algo que se puede ir aprendiendo con la práctica.

Una de las razones por la cual la gente es poco asertiva, es debido a que piensan que no tienen derecho a sus creencias, derechos u opiniones. En este sentido, el entrenamiento asertivo no consiste en convertir personas sumisas en acusadoras, sino a enseñar que la gente tiene derecho a defender sus derechos ante situaciones que a todas luces son injustas. Expongamos aquí una serie de ideas falsas y el derecho de la persona que es violado:

- * No hay que interrumpir nunca a la gente. Interrumpir es de mala educación.
 - Usted tiene derecho a interrumpir a su interlocutor para pedir una explicación.

* Los problemas de uno no le interesan a nadie más y no hay que hacerles perder el tiempo escuchándolos.

- Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.

* Hay que adaptarse a los demás, si no es posible arriesgarnos a perder una amistad.

- Usted tiene derecho a decir "NO".

* Cuando alguien tiene un problema hay que ayudarle.

- Usted tiene el derecho de decidir cuándo prestar ayuda a los demás y cuándo no.

Los casos en los cuales no es aconsejable defender nuestros derechos en ese preciso momento son aquellos en los cuales corremos peligro de agresión física o violemos la legalidad (ej. "Skin-heads" que nos insultan por la calle o superior que nos arresta en el ejército). Recuerde: para todo hay un momento, y saber encontrar el momento adecuado para decir las cosas es también una habilidad.

Hay muchas técnicas para ser asertivos. Una de las técnicas que mejor funcionan es desarmar antes al otro con un cumplido o un reconocimiento de su labor, de su persona o de su tarea, para después pasar a expresar lo que necesitamos.

Vamos a ver un ejemplo ilustrativo de lo que queremos decir:

- Mujer: "Paco, ¿podrías ir a recoger a los niños al colegio?, tengo aun que preparar la lección para mañana y creo no me dará tiempo."

- Marido: "Los siento María, pero acabo de volver del trabajo y estoy muy cansado, ve tú."

- Mujer: "Se que estás muy cansado, normal porque te esfuerzas mucho en tu trabajo. Tu jefe debería de darse cuenta de eso y no cargarte con tantas tareas. Pero te pido el favor de

que recojas los niños, ya que tengo que hacer este trabajo para mañana. Luego podremos descansar."

En este último ejemplo se defienden los propios derechos (derecho a pedir ayuda y a expresar las opiniones) sin vulnerar los derechos del otro, puesto que no hay ningún tipo de orden, menosprecio o agresividad hacia la otra persona. Ser asertivo, es expresar nuestros puntos de vista respetando el de los demás.

RECUERDE: Ser asertivo no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no. Todos tenemos también derecho a EQUIVOCARNOS.

3.5 Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención usado en la terapia cognitiva con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen día a día.

Son nuestros pensamientos humanos los que pueden modificar nuestra conducta. Cuando una situación determinada crea conflictos en una persona hay que mostrarle la manera de vencer el problema, incidiendo en sus cogniciones para cambiar las emociones o sentimientos experimentados adaptándolos de manera adaptativa a la situación que en un principio generaba el conflicto.

En la reestructuración cognitiva el terapeuta utiliza diferentes métodos para flexibilizar esos pensamientos negativos haciendo que el paciente se dé cuenta del tipo de cogniciones o lenguaje empleados, así tras la percepción, poder introducir OTROS

además de los negativos. Nótese que hablo de FLEXIBILIZAR y no CAMBIAR los pensamientos negativos, esto es muy importante, dado que frecuentemente se malinterpreta esto, diciendo que en la reestructuración cognitiva se trata de PENSAR EN POSITIVO. Esto no es necesariamente así. Lo que se trata es de pensar RACIONALMENTE, en el sentido de poner a ambos lados de la balanza evidencias para apoyar un pensamiento y otro. Por ejemplo: una persona que sufre de ansiedad generalizada podría tener miedo a CASI TODO y pensar siempre en lo peor (pensamiento negativo), pero un pensamiento POSITIVO podría ser “Tal barrio tiene fama de peligroso, pero yo voy a atravesarlo a las 3 de la mañana y con mi lujoso reloj nuevo, total, no pasa nada” Como vemos, ninguno de los dos tipos de pensamiento resulta muy funcional que digamos, ni el negativo ni el positivo.

El ser humano utiliza diferentes formas de expresión que dan lugar a situaciones indeseables y que simplemente, percatándose y no utilizándolo, incidirían en una mejor adaptación a la situación. Algunas de las formas de lenguaje a las que nos referimos son:

✚ El **razonamiento dicotómico**, es decir, funcionar en función de todo o nada, blanco o negro sin opciones intermedias.

✚ Las **generalizaciones excesivas** en las que si un determinado sujeto es malo a nuestros ojos por algún acontecimiento previo vivido con él, todos aquellos sujetos que tengan alguna característica común con el sujeto en cuestión se vivirán al mismo tiempo como malos. Nuestra tendencia a generalizar nos impide percibir racionalmente nuevas opciones, nuevos sujetos. Por ejemplo si una mujer nos fue infiel en el pasado, nuestra

tendencia a la generalización proporcionará la misma característica atribuida al resto de las mujeres.

✚ **La excesiva tendencia a depender de las opiniones ajenas.** Si bien es cierto que nuestra autoestima se conforma con las aportaciones día a día que el entorno nos depara, también es cierto que son nuestros juicios en cuanto a nuestra persona los que atenderán o no a la crítica. Hemos sido educados en pro a la vergüenza y ante ella nos sentimos expuestos. Nuestra tendencia a generalizar, a establecer silogismos ilógicos nos conduce a creer más la opinión ajena que la propia confianza en nuestros valores. Establecemos juicios a partir de datos informativos, lo cual crea a menudo inseguridad y una consecuente pérdida de autoestima.

✚ **La aculturación y socialización excesiva.** La tendencia de nuestra sociedad es a asumir unos valores aprendidos como absolutos sin cuestionarnos la relatividad de los mismos. Existen unos patrones o modelos establecidos culturalmente y por herencia simplemente creemos en ellos. Consecuencia a menudo de tal tendencia es el exceso de culpa limitando ésta nuestra felicidad. Hay que enseñar que muchas de nuestras creencias son absurdas a pesar de haberse mantenido incuestionables a lo largo de los años y generación tras generación. La liberación de la culpa es siempre un gran alivio.

✚ **Pensamientos y sentimientos.** Son las interpretaciones subjetivas de las situaciones las que generan las emociones expresadas. Así si te sientes deprimida porque tu pareja te ha abandonado, en realidad lo que estás diciendo es que te sientes deprimida porque tu interpretación subjetiva del abandono ha sido "rechazo" en vez de "liberación" lo cual generaría una emoción totalmente distinta. Ruiz, S. e Imbernon, G. (op. Cit.).

Una de las técnicas dentro de la Reestructuración cognitiva es la "Imagineria racional", mediante esta técnica podemos ser capaces de poner límites racionales a suposiciones irracionales. Tratamos de cambiar el lenguaje sacado fuera de contexto y que invalida o paraliza nuestra salud vital por formulaciones que tengan un buen asentamiento en la realidad. Son esos casi imperceptibles mensajes taquigrafiados que invaden nuestra mente los que generan las emociones desagradables.

Para terminar la sección quiero destacar los once juicios racionales citados por Ellis y reformulados a partir de prejuicios de nuestra sociedad irracional:

1. Aprendamos a separar lo necesario de lo deseable.
2. ¿Qué recompensa extraemos de determinados logros? ¿La obtención de los mismos por el simple hecho de obtenerlos sin más es el único criterio que nos lleva a la lucha? A menudo olvidamos que algunos logros nos proporcionan dicha interna, placer y ése es el motivo por lo que aspiramos a ellos, sin embargo otro simplemente son esfuerzos innecesarios que no conducen a nada más que a una valoración por esa consecución. La autoestima no sólo se conforma con los hechos externos obtenidos, es nuestro lenguaje interior el que proporcionará la seguridad necesaria para mantener nuestra valía en alto.
3. Acusamos, castigamos, calificamos y etiquetamos por un aprendizaje cultural. Aprendamos a aceptar que fallamos, erramos y no hay que imponerse sacrificios ni culpa alguna por ello.
4. Tenemos tendencia a hacer más terrible la emoción sufrida cuando nos sentimos frustrados. Aceptemos que no siempre las cosas funcionan como uno quisiera.

5. Cada cual se crea su propia infelicidad aunque tendamos en mostrar a otros como responsables de nuestros sufrimientos. Recuerda: tú eliges ser o no ser feliz.

6. Si tiene que llegar una situación desagradable llegará igual que anticipes o no tu preocupación. Por tanto, vive el presente y ocúpate de lo desagradable en el mismo momento que se dé.

7. Ni evites responsabilidades ni asumas lo de todos. Tanto un lado como el otro conducen a la insatisfacción.

8. Ser independiente no significa no tener amigos, simplemente no depender del entorno para sobrevivir.

9. Mantenerse atado a un pasado evita vivir el presente saboreando los irrepetibles momentos.

10. Ayudar a los demás no es sinónimo de no vivir tu propia realidad a tenor de ellos y sus problemas. Deja que cada cual tome las riendas de su vida.

11. Evita ser perfeccionista. Crea siempre expectativas palpables y reales.

Los métodos de **reestructuración cognitiva**, que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer pensamientos más adaptativos

Las terapias cognitivas han otorgado gran importancia a explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando colaboración activa de los pacientes en ellas. En los últimos años se ha añadido también la necesidad de explicarle a los pacientes y sus allegados el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronóstico. El terapeuta explica y enseña al paciente y familiares como manejar ciertos aspectos del trastorno en cuestión, como el uso-

seguimiento adecuado de la medicación, señales de recaída, estilos de comunicación adecuados con el paciente y la resolución de problemas frecuentes.

En la reestructuración cognitiva se le enseña al paciente la manera de identificar esas creencias irracionales para que finalmente sea capaz de hacerlo por sí mismo y mejorar así su calidad de vida. La finalidad última de la terapia es la de dar al sujeto las herramientas necesarias para que se defienda ante las inclemencias de la vida de forma saludable.

3.6 Métodos interpersonales.

3.6.1 Entrevista y orientación familiar.

En determinados casos es importante contar con la evaluación del funcionamiento y apoyo familiar con relación al conflicto. El paciente y su conflicto pueden formar parte de un problema más global de su sistema familiar, donde él mismo puede estar jugando un papel de paciente identificado para desviar otras cuestiones aún más problemáticas que podrían desestabilizar su grupo de referencia. Por otro lado el estrés familiar y las emociones expresadas en el mismo pueden afectar el transcurso y las hospitalizaciones por urgencias de determinados trastornos como la esquizofrenia.

3.6.2 Entrevista y orientación de pareja.

El terapeuta tratará en estos casos de evaluar la relación entre la urgencia y ciertos problemas del funcionamiento de la pareja. Prestará especial atención a los llamados nudos

sistémicos, es decir puntos del conflicto, o secuencias de significados y acciones disfuncionales entrelazadas de la pareja. Procter, H. (1981)

Por ejemplo un marido depresivo puede sostener la construcción del significado personal siguiente: “Mi mujer trabaja demasiado y en casa se dedica a los niños. Me dedica poco tiempo a mí”, seguido de acciones como decirle a su esposa que trabaje menos y que dedique más tiempo a salir fuera de casa. La esposa, paralelamente, sostiene el significado siguiente: “Solo quiere estar tranquilo y me ayuda poco en casa con los niños. Quiero descansar de los fines de semana en casa”, seguido de acciones como decirle a su marido que dedique más tiempo a los niños y a estar en casa los fines de semana. Las acciones y significados de ambos se refuerzan y retroalimentan mutuamente.

El terapeuta mostraría a la pareja, por ejemplo por esquemas dibujados o por rol playing, el nudo sistémico, y sugiere alternativas al mismo.

3.6.3 Consejo conductual para familiares.

En casos de problemas infantiles, enfermedades crónicas con situaciones de urgencias y otros trastornos, a menudo la familia solicita una guía para entender lo que está sucediendo y/o manejar problemas inmediatos. El terapeuta informa y muestra a la familia aspectos del problema y manejo de ciertos ámbitos del mismo. Para ello usa tanto la psicoeducación como la guía en estrategias conductuales para la resolución de ciertos problemas. Por ejemplo los padres pueden ser aconsejados en el manejo de las conductas depresivas y de llanto de su hijo, aprendiendo a reforzar diferencialmente ciertas conductas que disminuyen el efecto depresivo. La familia del sujeto psicótico puede ser informada de cómo hablarle al paciente, etc...

3.6.4 Observación participante.

El psiquiatra interpersonal, Sullivan(1953) concedió gran importancia al uso de la relación terapéutica con el fin de evaluar y producir cambios significativos en el paciente. Safran y Segal (1994) han ampliado estas estrategias: La observación participante permite al terapeuta sentir el influjo relacional del paciente y observar como participa en esa relación. Consiste en tres pasos. En primer lugar el terapeuta debe atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción (¿Cómo me siento ahora con este paciente, qué me veo impulsado a hacer?). en segundo lugar tratar de identificar los llamados marcadores interpersonales, es decir, las conductas en la sesión que suscitan sus reacciones, y en tercer lugar tratar de desengancharse de ese influjo dejando de emitir respuestas complementarias al esquema interpersonal del paciente y metacomunicando ese influjo en forma de hipótesis.

CAPITULO 4: APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL REPORTE DE TRABAJO.

*“El sentido de mi vida es acompañar a quienes, como peregrinos,
buscan fatigosamente el sentido de sus vidas o afrontan
el sufrimiento de una vida para ellos sin sentido”*

Victor E. Frankl.

Para iniciar este capítulo es importante retomar el tema principal de este trabajo así como su metodología, las cuales son las siguientes:

a) El objetivo es el de reconocer a la psicoterapia cognitivo conductual como una herramienta útil para que el ser humano pueda resolver sus conflictos en las diferentes etapas de su vida. Apoyándonos en las diferentes técnicas que nos ofrece este tipo de psicoterapia

b) La importancia social de esta investigación es el lograr que el alto porcentaje de la población que ante un conflicto no recurre a la ayuda profesional, haga conciencia real de la situación en la que vive para que busque y acuda a la psicoterapia, a fin de solucionar sus conflictos del tipo que sean con toda la disposición posible para el cambio. Es importante apuntar que la demanda del servicio son problemas de violencia intra familiar, divorcios, alcoholismo, drogadicción, pérdidas tanto materiales como de personas, trastorno de personalidad, problemas de aprendizaje y atención, sobre todo en niños.

c) La importancia teórica que se busca es demostrar que el procedimiento aplicado es el adecuado y convincente para que el ser humano acuda a la psicoterapia y la vea como una buena opción para la resolución de sus conflictos y no una pérdida de tiempo y dinero. Y que de esta manera el profesional de la Salud Mental mejore su plan a seguir, dirigiendo

más su atención a los métodos que dentro de la práctica psicoterapéutica han demostrado ser más eficaces.

Las hipótesis a comprobar son:

La hipótesis alterna: *“La ayuda psicoterapéutica cognitivo conductual es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida”.*

La hipótesis nula es: *“La ayuda psicoterapéutica cognitivo conductual no es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida”*

Las variables manejadas son:

La variable independiente dentro del trabajo fue el tipo de tratamiento aplicado, modificándolo de acuerdo a las necesidades del padecimiento del paciente, pues la *Variable independiente es el* valor que un investigador manipula en un experimento, con el propósito de determinar su efecto sobre la conducta de un organismo

La variable dependiente manejada fue el avance del tratamiento por el paciente (sin solución, solución moderada o solución de la problemática), después de haber tenido 12 sesiones de psicoterapia, se evaluó con el cuestionario de avance terapéutico (ver anexo 1) presentado al paciente o familiar de éste, pues una *Variable dependiente* es una propiedad de la conducta de los sujetos en el experimento, la cual puede tomar desde dos hasta un número infinito de valores que están determinados por los valores de la variable independiente, Zinser O.(1987)

La distribución de los sujetos dentro de nuestro trabajo, fue de la siguiente manera 5 adultos con un promedio de edad de 35 años, 5 adolescentes con un promedio de 17 años y 5 niños con un promedio de 9 años de edad. Haciendo un total de 15 pacientes por obvias

razones se omiten sus nombres, no así su expediente clínico, su motivo de consulta y su avance terapéutico. Todos los reportes son por sesión.

El tipo de estudio que se llevó a cabo es de campo, ya que se basa en casos clínicos vividos y atendidos por un servidor durante el periodo comprendido del año 2002 al 2004

El diseño utilizado es el de un grupo sometido a post-test (T=tratamiento-M=medida) Basándonos en tres grupos de sujetos (niños, adolescentes y adultos) que recibieron un tratamiento [la terapia (T)], y luego se tomó la medida del cuestionario (M), (ver anexo 1) para conocer el efecto del tratamiento. El resultado de éste fue comparado de acuerdo a las respuestas dadas y clasificado de la siguiente manera: sin solución, solución moderada o solución de la problemática. Se aplicó el cuestionario a las 12 sesiones por considerar que el paciente, por alguna razón, podría dejar de asistir a la terapia y no la concluyera. Además de que el paciente, habría observado si la terapia recibida, pudo dar resultados y avances en la solución de su problemática. Dicha evaluación fue realizada por trabajadoras sociales del mismo centro.

Los instrumentos y materiales, que utilizamos en el trabajo fueron: pruebas psicológicas del tipo proyectivo, específicamente el test del dibujo de la figura humana, frases incompletas de SACKS (ver anexo 2), el TAT (adultos y adolescentes) y el CAT-A (niños).

El cuestionario de avance terapéutico (ver anexo 1) el cual fue diseñado en su mayoría con preguntas del test de Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI forma R,

Lápiz, goma y escritorio para la elaboración de los tests y el cuestionario

El método estadístico utilizado fue la estadística descriptiva, coeficientes de correlación no paramétricos, específicamente el coeficiente "C" de Cramer el cual de acuerdo a las puntuaciones obtenidas y apoyándonos en la tabla, donde se manejaron las variables (ver anexo 3), nos permitió aceptar la hipótesis alterna.

4.1. El proceso.

La terapia cognitivo conductual puede llevarse a la práctica de diferentes formas: de manera individual, en grupo, como terapia familiar o terapia de pareja. Sin embargo, nos enfocaremos en el proceso terapéutico de la práctica individual, tanto por fines prácticos de esta tesis como por las grandes ventajas que dicha modalidad tiene.

La terapia individual es totalmente confidencial y permite una relación más cercana entre terapeuta y cliente, además de dar la oportunidad de ser un poco más flexible y variar el estilo terapéutico de acuerdo a las necesidades del paciente, sin riesgo de perjudicar a otros como podría suceder en otras modalidades terapéuticas. Se trabaja terapia individual principalmente con individuos cuyos problemas son consigo mismos más que con los demás; que se encuentran muy confusos y que podrían distraerse con la complejidad de interacciones que se llevan a cabo en otras modalidades; que desean distanciarse de los otros; que monopolizan un grupo terapéutico, o se cierran demasiado ante los demás miembros del grupo. Sin embargo, suele ser conveniente evitar este tipo de intervención si se trata de personas que son demasiado dependientes del terapeuta, que temen llegar a tal grado de intimidad, o que se encuentran demasiado cómodos en esta modalidad, o simplemente cuando otras modalidades son más terapéuticas. Dryden (1989).

El procedimiento a seguir estará conformado en 3 estadios importantes que son los siguientes:

I - EVALUACIÓN

» *Elaboración de la historia clínica del paciente.- Entrevista con el paciente y con familiares para obtener toda la información posible.*

acerca del conflicto que se acontece (forma de vida, antecedentes familiares, etc.)

- »» *Aplicación de las pruebas psicológicas, ya descritas.- se aplicarán pruebas de tipo proyectivo) CAT-A en niños; TAT en adultos; frases incompletas de Sacks y la prueba de la figura humana)*

Nota: Estos dos puntos serán realizados en las tres primeras sesiones con cada paciente.

- »» *Elaboración de un posible diagnóstico del conflicto del paciente*

2.- TRATAMIENTO.

- »» *Elaboración del plan a seguir, es decir, selección de las técnicas cognitivas conductuales de acuerdo al tipo de conflicto presentado por el paciente*
- »» *Aplicación de la terapia.*

3.- EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO.

- »» *Después de 12 sesiones de terapia, aplicación del cuestionario de avance. (ver anexo I). Aplicado por trabajadores sociales del centro.*
- »» *Evaluación de los resultados y conclusiones*
- »» *Seguimiento del tratamiento psicoterapéutico*

4.2 El tratamiento psicoterapéutico en niños.

La terapia cognitiva conductual aplicada a niños, consiste en dotar al niño y sus allegados de habilidades para el afrontamiento de diversas situaciones problemáticas. A menudo se trabaja con los padres y el niño.

A menudo la evaluación clínica suele comenzar pidiendo a los adultos que traen al niño, por el motivo de la consulta. El terapeuta puede preguntarles sobre qué aspectos del motivo de consulta les preocupan, y qué les hace creer eso y/o qué significa para ellos. El terapeuta puede así obtener el significado del problema presentado, y determinar si hay acuerdo entre los adultos tanto en la definición, importancia y significado del problema. Después hay que tener un espacio y tiempo a solas con el niño. Ello permite evaluar, entre otros aspectos, la posible ansiedad de separación del niño respecto a los adultos. En este tiempo a solas con el niño(a) se le explica con honestidad por qué le han traído los adultos a consulta y se le pregunta al niño(a) por qué estos quieren que se le vea a usted. Se recoge al motivo de la consulta para el niño (que puede discrepar de los adultos) y se le pregunta de ello. Con los niños es importante disponer de técnicas de evaluación adaptadas a ellos, que pueden afianzar la imaginación o fantasía. Estas técnicas pueden ser los tests proyectivos (que pueden tomarse como fuentes de evaluación cognitiva), el dibujo, el juego y las historietas. Estos materiales pueden revelar información sobre preocupaciones y cogniciones disfuncionales del niño. Las guías evolutivas del desarrollo infantil, como las presentadas en las consideraciones teóricas pueden servir también como guías potenciales para identificar las preocupaciones infantiles.

Respecto a la familia el clínico puede evaluar varios aspectos, ¿Cómo? si ésta tiene un conocimiento adecuado del desarrollo infantil, si existen algunas reglas claras y ajustadas, si hay cohesión en las soluciones ante los problemas del niño, si existen unas relaciones afectivas cálidas, si las expectativas respecto al niño son ajustadas a su capacidad y si existen conflictos de la pareja parental o entre hermanos.

Uno de los aspectos importantes es la imitación. Según Delval J. (1994), la imitación es la capacidad de reproducir conductas mediante acciones que tienen lugar a su alrededor debidas a la actividad de personas o de objetos. Se pueden imitar los gestos que realiza delante de nosotros una persona, o incluso un acontecimiento fortuito como la caída de un objeto, o describir con gestos la forma o el uso de un objeto. Para Piaget la imitación está muy relacionada con el desarrollo de la inteligencia y el sujeto sólo podría imitar acciones o movimientos que ya posee parcialmente. No basta que un niño vea a un adulto escribir para que pueda imitar sus movimientos sino que primero necesita adquirir una capacidad motora que conseguirá lentamente. Podríamos decir que la imitación nos permite aprender de los otros mediante pequeños pasos, pero sin dar grandes saltos. Por lo tanto la capacidad de imitación depende entonces del nivel del desarrollo intelectual del niño, es decir, de las conductas que ya posee, pero también de lo interesante y agradable que sea el modelo y por ello se imitaría más modelos con los que el sujeto se encuentra vinculado.

Delval J. (Op. Cit.) afirma, los adultos tratan de moldear por todos los medios la conducta del niño haciéndola adecuada a los estándares de la sociedad y reprimiendo con distinto grado de dureza las desviaciones.

También hay que evaluar si los padres o adultos significativos desean y están dispuestos a participar en la terapia, ya que se considera un factor a menudo crucial para el éxito de la terapia infantil. En caso de objeciones se pueden evaluar las creencias que mantienen esas ofuscaciones a fin de proporcionar información o acciones correctoras de las mismas.

Cabe resaltar que la observación y las pruebas estandarizadas, como los tests, son dos importantes métodos de investigación para estudiar el pensamiento de los niños. Ruiz S e

Imbernón G. (Op. Cit.), mencionan, los adultos pueden mantener la idea de que es necesario que el terapeuta trabaje exclusivamente con el niño(a), que se haga una evaluación neurológica para ver qué le pasa en su cabeza. A menudo los padres mantienen la creencia de que traer al niño a terapia es un signo de fracaso o debilidad como padres o que el terapeuta podría preguntarles por otros problemas que tienen con consecuencias desastrosas. Estas creencias le suelen llevar a mostrarse resistentes a su implicación en la terapia.

El niño(a) también puede presentar creencias sobre que el hecho de que venir a terapia es vergonzoso si otros niños conocidos se enteran, que puede demostrar la mala persona que es el /ella misma, o que cambiar podría ser aun peor que dejar las cosas como están.

El propio terapeuta puede mantener a su vez creencias personales sobre la terapia infantil que pueden interferir en su desarrollo. Estas pueden incluir el creer que solo él debe de ser competente en el cambio (excluyendo a los propios adultos y el niño), el proponerse metas excesivamente perfeccionistas, o el confiar ciegamente en una sola estrategia de cambio.

Con el niño puede ser necesaria la terapia cognitiva conductual adaptada a su nivel evolutivo, que puede incluir ensayos imaginativos, uso de historias y cuentos y otros elementos atractivos para el niño

Los temores del niño/adulto pueden ser manejados con estrategias de exposición, desensibilización en vivo o imaginaria, refuerzo selectivo y diferencial y modelado de alternativas. El terapeuta puede ensayar las conductas a llevar a cabo en la consulta con el niño(a) y adultos antes de su puesta en practica en casa

Los terapeutas infantiles han sido excesivamente reacios a la intervención psicofarmacológica en niños, aunque es cierto que la gran mayoría de los problemas infantiles pueden ser abordados mediante procedimientos psicológicos, hay excepciones de necesidad de tratamiento psicofarmacológico asociado, en las cuales su uso puede apoyar considerablemente a la terapia.

Las psicosis infantiles, el trastorno hiperactivo neurológico, los trastornos afectivos o de ansiedad extrema y otros estados clínicos, suelen requerir de un primer e inmediato abordaje psicofarmacológico. Una vez remitidos los síntomas más intensos la psicoterapia puede proseguir con más eficacia. En este aspecto hay que advertir a los padres o adultos significativos que aunque su angustia inicial se elimine con los psicofármacos y sus efectos, el problema aun no está resuelto del todo y se necesita de la psicoterapia. Una alternativa ante adultos reticentes es anticipar el efecto parcial de los psicofármacos y esperar que el problema no se resuelva del todo, para confirmar el pronóstico.

Es importante recalcar que el psicólogo o terapeuta se encuentra imposibilitado para recetar cualquier tipo de psicofármaco, se debe apoyar para este tipo de tratamiento en un neurólogo y/o psiquiatra.

Ruiz S. e Imbernón G. (Op. Cit.), afirman, cuando el terapeuta detecta que el niño es una especie de arma arrojadiza en los problemas entre los padres o adultos significativos, debe de confrontar a éstos con este hecho directamente o exponer la posibilidad de que él sospecha que hay otros problemas en el sistema familiar o institucional que si no se abordan el cambio será pasajero o inefectivo. El terapeuta debe de reunir antes de hacer esta

afirmación datos de peso sobre su evaluación. El terapeuta puede recomendar la terapia de pareja, familiar o abordaje institucional, según sea el caso.

Puede ser necesario que el terapeuta enseñe y modele paso a paso con los adultos y el propio niño(a) formas alternativas de conducta para manejar los problemas en curso. Se pueden proponer por ejemplo técnicas de relajación para manejar la ansiedad, el refuerzo selectivo para incrementar conductas deseadas y disminuir las indeseadas, técnicas de autocontrol para el manejo de la impulsividad, etc. de técnicas aplicables a distintas conductas disfuncionales. Lo básico es el ensayo de conducta paso por paso en consulta, usando como modelo al propio terapeuta u otros modelos relevantes (otros niños en vivo o en video), el refuerzo de los logros, y su posterior puesta en práctica fuera de la consulta. En la consulta se revisan los logros y problemas de las técnicas en su aplicación real, a fin de mejorar su eficacia.

4.2.1 Casos clínicos.

Nombre Niño 1
Edad 10 años
Sexo: Masculino
Ocupación: estudiante
Dirección: Conocido
Escolaridad: 5^{ta}. primaria
Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que fue traído a tratamiento por su mamá, el cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papa (48) con una profesión de profesor a nivel primaria, tomador social; Mamá (45) dedicada al hogar con estudios a nivel preparatoria, tomadora social, hermana (23) estudiante universitaria y hermano (18) estudiante preparatoria. Matrimonio formado hace 25 años en el cual se observa un ambiente emocional violento hacia el paciente por parte de ambos padres y los dos hermanos (apodos

“Pooh” y groserías) por lo cual se siente triste. Al llegar al consultorio se observa en el niño: obesidad y la forma de vestir es la común para niños de su edad.

2.- DESARROLLO

NACIMIENTO

Tercera gestación, al nacer el paciente la madre tenía 35 años de edad, el embarazo no fue planeado y no deseado, pero al parecer sin ninguna complicación, el parto fue normal de 42 semanas, sin complicaciones, el niño aparentemente sano

INFANCIA

El desarrollo del control de esfínteres en el paciente comenzó a la edad de 1 ½ años, cuando aviso para ir al sanitario, y a la edad de 3 años acudió solo al mismo. De acuerdo a lo anterior parece que no tuvo retraso en el control de esfínteres

Fue amamantado hasta los 2 años dejando la mamila hasta los 2 ½ años de edad.

El sueño, el paciente duerme 8 horas, el reposo es en pocas ocasiones tranquilo y otras es inquieto e incluso por las noches se levanta muy asustado o hablando. Duerme muy de vez en cuando en el día (3 veces por semana).

Las enfermedades en la infancia que la madre nos refiere que no es ninguna importante, sólo gripe pero sin consecuencias graves.

En la motricidad gruesa el niño empezó a gatear a los 6 meses, a los 11 meses se sentó sin ayuda, al año con un mes empezó a caminar y como a los 2 ½ años a correr, podemos afirmar que no presenta retraso motriz

El lenguaje en el paciente empezó con sus primeros balbuceos a los 7 meses y sus primeras frases al año y medio aproximadamente. Actualmente no muestra alteración aparente.

El aspecto emocional en el que convive el paciente es conflictivo, existe violencia verbal (apodosos y groserías) por parte de sus padres y hermanos, además de que existe infidelidad por parte del papá. El niño se angustia con facilidad en ocasiones es rebelde, agresivo y en otras desinteresado por el medio que lo rodea, aunque es cooperativo con su mamá

La trayectoria escolar empezó a los 4 años al ingresar al preescolar si ningún dato importante. En el tercer año de primaria, 8 años de edad, es llevado con un psicólogo, a petición de su maestro por problemas de agresividad, el cual lo canaliza con un psiquiatra donde se le practica un electroencefalograma y de acuerdo con los resultados se le receta trileptal (1-1-1) y depakene (0-0-1) tomándolos hasta los 9 años y medio.

El paciente tiene dificultad para concentrarse en alguna actividad, necesita mucha atención para hacer su tarea, no puede estarse quieto y en ocasiones se aparta de sus compañeros.

Motivo de la consulta

La madre refiere que el niño no puede permanecer quieto en un solo lugar y no pone atención a las indicaciones que se le dan. Las actividades o tareas que realiza no las termina y cuando se le pide que continúe contesta de forma grosera y a veces arremete con golpes a la mesa. Al parecer el problema del paciente comienza, según la madre, a los 8 años de edad cuando a la madre se le solicitó por parte del maestro que el niño fuera llevado con un psicólogo, el cual recomienda sea canalizado con un psiquiatra por diagnosticarlo como hiperactivo. El psiquiatra recomendó un electroencefalograma y de acuerdo con los resultados de éste se le receta Trileptal y Depakene. Dejó de asistir hace aproximadamente un año y medio, mismo tiempo que ha dejado de tomar sus medicamentos.

3.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.2.1.1)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera un extraño o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro y preocupación. **E Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración..

B) Frases incompletas

Interpretación: Se observa repudio hacia el ambiente familiar en general

C) CAT-A

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Muestra respeto hacia él, pero sólo lo considera como una persona que lo viste y le da dinero a mamá.

Mamá.- La quiere, aunque la ve como alguien que lo cuida y le da de comer

Hermana.- La estima y la ve como una persona quien le brinda ayuda

Hermano.- Al igual que la hermana lo ve como alguien que le ayuda en lo difícil, pero que a veces odia por las ofensas que recibe por parte de él.

Conigo mismo.- Ansia ser bueno con sus padres y hermanos, volverse obediente y no ser tan agresivo.

4.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta ansiedad y agresividad infantil acompañada de depresión neurótica, causada por la falta de cariño y atención por ambos padres desde el nacimiento aunado al ataque constante por parte de los hermanos (groserías y apodosos "Pooh"). Es importante recalcar que el paciente tiene una gran disposición al cambio, al igual que el resto de la familia, ya que el quiere ser aceptado en su entorno

5.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

Entrevista con la madre para otorgar resultados, el diagnostico y el plan terapéutico a seguir. Informándole que es necesario aplicar terapia al resto de la familia (Terapia consejo conductual para familiares). E invitándola a ella y al padre a comenzar en esta misma sesión, sugiriendo platicar con su hijo respecto a su nacimiento, motivos por los cuales fue rechazado en el momento, pero recalcando fuertemente que eso pertenecía al pasado y mostrándole sus verdaderos sentimientos hacia él en el presente, además de tratar de comunicarse con él sin insultos y groserías. Se sugirió consultar a un neurólogo para ver si era necesario el tratamiento psiquiátrico.

QUINTA SESIÓN:

Platica con hermanos (Terapia consejo conductual para familiares) se preguntó cual era la percepción de ellos hacia su hermano, es decir, que papel jugaba dentro de la familia el paciente según ellos e invitándolos a tomar una postura de acuerdo a su edad, más responsable para con el niño (sin insultos ni groserías)

Al parecer comienza a funcionar la terapia con los padres, ya que el niño se presenta con otro punto de vista respecto de ellos.

Comenzamos con un tratamiento de reeducación cognitiva con el paciente trabajando con sus pensamientos negativos haciéndole ver que el enojarse o contestar mal no nos lleva hacia nada bueno, tratando de flexibilizarse y pensar positivamente, ejemplo cuando le dicen "Pooh" no es con mala intención, sino es una forma cariñosa de llamarlo. Pidiéndole que el lleve un registro (ver anexo 4) por día de su comportamiento general en la casa y escuela, se le pide a la madre que sirva como auditor, es decir, verifique el registro del niño.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

La terapia (Terapia consejo conductual para familiares), nos ha redituado grandes avances con el paciente, ya que ha bajado su agresividad al no sentirse tan violentado por su familia. Su registro semanal nos proporciona gran avance respecto a su conducta en general se continua con el registro personal.

En esta sesión se comienza a trabajar con la TRE, se explica el funcionamiento de la misma tanto al paciente como a la familia. Funcionamiento A-B-C-D-E. Trabajando en los sentimientos de inadecuación, la inseguridad y la ansiedad del paciente

DE LA DÉCIMA A LA DOCEAVA SESIÓN:

Tanto el paciente como su familia muestran un gran avance en la problemática presentada por el niño. Lo que nos indica que las terapias realizadas nos han dado buenos resultados por lo tanto se seguirá trabajando en los sentimientos arriba señalados.

Es importante apuntar que el paciente retomo el medicamento recetado por el neurólogo, el cual ha ayudado bastante en los avances de su conducta.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AVANCE TERAPÉUTICO

El paciente lo contestó apoyado por su madre.

PLAN A SEGUIR.

Hasta el momento podemos concluir que tanto la familia como nuestro paciente ha respondido satisfactoriamente a la terapia en los síntomas de agresividad y depresión, por lo tanto el plan a seguir es invitar a los padres a que continúen con ella hasta lograr que el niño pueda superar sus conflictos en forma total.

Nombre Niño 2

Edad 11 años

Sexo: Masculino

Ocupación: estudiante

Dirección: Conocido

Escolaridad: 6^o. primaria

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente traído a tratamiento por su papá y su abuela, el cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papá (35) con una profesión de Ingeniero Civil trabajando como supervisor de ventas, tomador y fumador social; Mamá (33) dedicada al hogar con estudios de computación, tomadora y fumadora social (hasta hace un año en que ella abandono a la familia) y hermana (6) estudiante de primaria. Después de la separación viven en casa de la abuela (58) la cual se dedica al hogar y su abuelo (59) que es pensionado. Matrimonio formado hace 10 años en el cual se observa un ambiente violento por parte de la madre hacia el padre, hermana y paciente, hasta hace un año que la

madre abandonó el hogar desde entonces la familia se muda a casa de sus abuelos. Al llegar al consultorio se observa en el niño nerviosismo, retraimiento aunque la forma de dirigirse hacia la gente es educada y su vestir es común para niños de su edad.

2.- DESARROLLO

NACIMIENTO

Primera gestación, al nacer el paciente la madre tenía 22 años de edad, el embarazo no fue planeado y pero si deseado al parecer sin ninguna complicación, el parto fue normal de 38 semanas, sin complicaciones, el niño aparentemente sano.

INFANCIA

El desarrollo del control de esfínteres en el paciente comenzó a la edad de 1 año con 8 meses, cuando aviso para ir al sanitario, y a la edad de 3 ½ años acudió solo al mismo. De acuerdo a lo anterior parece que no tuvo retraso en el control de esfínteres.

Fue amamantado hasta los 2 ½ años dejando la mamila hasta los 3 años de edad.

El sueño, el paciente duerme entre 9 y 10 horas, el reposo es inquieto e incluso por las noches se levanta muy asustado o hablando. Duerme todos los días en el día.

Referente a enfermedades en la infancia el padre nos refiere que no se presentó ninguna importante, sólo gripe pero sin consecuencias graves.

En lo que se refiere a la motricidad gruesa el niño empezó a gatear a los 5 meses, a los 10 meses se sentó sin ayuda, a los 13 meses empezó a caminar y como a los 2 ½ años a correr, podemos afirmar que no presenta retraso motriz.

El lenguaje en el paciente empezó con sus primeros balbuceos a los 6 meses y sus primeras frases al año y medio aproximadamente. Actualmente no muestra alteración aparente.

El aspecto emocional en el que convive el paciente ya no es tan conflictivo que cuando estaba la madre, ya que con ella existía violencia verbal y física, además de un ambiente de mentiras constantes por parte de la mamá. Actualmente se siente mejor en casa de sus abuelos.

La trayectoria escolar empezó a los 5 años al ingresar al preescolar si ningún dato importante. Actualmente cursa sexto grado a nivel primaria.

El paciente tiene dificultad para concentrarse en alguna actividad y empieza a decir mentiras.

Motivo de la consulta

El padre refiere: que él, su esposa e hijos vivían en lugar lejano tanto de familiares de él como de su esposa, la cual era muy desatenta con las labores del hogar (no realizaba la comida y pocas veces lavaba la ropa), además de ser muy violenta física y verbalmente con todos ellos. Pero el principal problema de ella eran sus cambios emocionales y mentiras, él la consideraba una mitómana, ya que inventaba historias realmente fantasiosas como la aparición de seres extraños. Ella pedía dinero prestado en varias partes no lo pagaba se desaparecía por temporadas y las deudas se las dejaba a su esposo. Él la llevó con un neurólogo el cual le diagnosticó una enfermedad muy grave, según el médico, pero nunca le dijo cual, él en su desesperación se informó acerca de la esquizofrenia y encontró varios síntomas parecidos en su esposa por lo que preguntó a la familia de su esposa algunos antecedentes los padres le informaron que ella siempre había sido así y que bendijeron el día en que se casó con ella. Hace un año encontró una carta donde ella se despedía y le avisaba que debía mucho dinero y que estaba dañando a toda su familia, así que mejor no la buscara. Preocupado por que su hijo empieza con características parecidas a las de la madre (las mentiras y juegos extraños donde maneja un coche imaginario) presenta a su hijo a

tratamiento. Es importante recalcar que el niño se presenta con disposición a ser tratado psicológicamente, pero que se siente muy contento por el abandono de la madre por las causas arriba citadas sintiéndose muy a gusto en la casa de sus abuelos.

3.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.2.1.2)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata; la impulsividad se relaciona por lo común, con el temperamento de los jóvenes, con inmadurez o con afección neurológica. **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera un extraño o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro, preocupación y estado prolongado de aprehensión. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general. **Y Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en si mismo; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles y peligrosas.

Es preocupante, por el dibujo realizado, el estado neurológico del paciente.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se observa preocupación a los problemas de los demás sobre todo de las personas que lo rodean quiere ayudarlos para que ellos lo quieran. Algo paradójico es el repudio que muestra hacia la mentira

C) CAT-A

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.-Lo percibe triste y sufriendo por la ausencia de su madre y como el protector de todas las amenazas.

Mamá.-La odia por haber abandonado a su papá, pero no desea que regrese por sus mentiras y agresiones

Hermana.- La quiere y siente que está protegida con sus abuelos.

Consigo mismo.- Siente el deseo de ayudar y proteger a los que lo rodean en general, especialmente a su papá y hermana.

4.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad, apocamiento, timidez e ira a causa de la desatención, mentiras, violencia y abandono por parte de la madre. Esto le ha ocasionado ese sentimiento de responsabilidad de protección de las personas.

5.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

Entrevista con el padre para otorgar resultados, el diagnostico y el plan terapéutico a seguir Sugiriéndole llevar al paciente con un neurólogo responsable para descartar cualquier lesión cerebral sobre todo por el dibujo presentado por el niño, aceptando pero indicándonos que por cuestiones de trabajo el ya no podría seguir trayendo al niño que esa responsabilidad la tendría la abuela, por tal motivo se le invito al padre a asistir a una sesión para darle tratamiento a el solo.

QUINTA SESIÓN:

En esta sesión se le aplicó y explico al padre la TRE, trabajando en el sufrimiento que presenta por el abandono de su esposa y que procure pasar su duelo en lugares donde no pueda ser observado por sus hijos. Además de Terapia consejo conductual para familiares, donde también participo la abuela, para el manejo de la conducta del paciente básicamente en el sentimiento de responsabilidad que se manifiesta por ser el protector y acarrearle todos los problemas de las personas que lo rodean y sus mentiras. Sobre la cita con el neurólogo se nos informó que ya la tenían para la semana

SEXTA SESIÓN:

Antes de comenzar con el paciente se platicó con la abuela acerca del comportamiento del padre los cuales son satisfactorios al ya no quejarse y estar triste por el abandono de su esposa frente a sus hijos.

En esta sesión se trabaja con el paciente con Terapia de reeducación cognitiva, tratando de evitar sus pensamientos negativos acerca de lo que sucedió con su mamá para que razone sobre las mentiras que ella decía y que él sin darse cuenta estaba siguiendo los mismos pasos.

Ya se tuvo la cita con el neurólogo y pidió un electroencefalograma el cual será tomado en unos días.

SEPTIMA SESIÓN:

En plática con la abuela nos indica que ella observa buenos resultados en su nieto, aunque el paciente aún se reserva varias cosas, ejemplo: se le pide dar su punto de vista a un paseo y se queda callado y después se enoja por que él no quería salir. Ante este conflicto se procede a explicar y aplicar el entrenamiento asertivo sobre sus emociones y necesidades. Además de continuar trabajando con la reeducación cognitiva sobre las mentiras

DE LA OCTAVA A LA DECIMA SESIÓN:

Durante estas sesiones se observaron buenos avances con la terapia reeducativa cognitiva en el tratamiento de los pensamientos negativos básicamente sobre las mentiras que empezaba a decir el paciente, reafirmando estas observaciones por parte de la abuela y el padre que asistió en la décima sesión trayendo los resultados del electroencefalograma los cuales descartaron la lesión cerebral. Con el entrenamiento asertivo los resultados son más lentos, es decir, aún no se logra que el niño pueda exponer sus sentimientos de la forma adecuada. Se aprovecho para darle al padre otra sesión terapéutica de la TRE, aunque el todavía no logra recuperarse del abandono de su esposa.

DE LA ONCEAVA A LA DOCEAVA SESIÓN:

Se platica con la abuela y se le exhorta a seguir con la terapia consejo conductual para familiares, básicamente trabajando en la forma de manejar las emociones y mentiras por parte del paciente. Ella nos reporta que al niño se le nota el cambio y que inclusive parientes se lo han comentado. Con el paciente se ha avanzado notablemente con el entrenamiento asertivo reflejando resultados en su impulsividad, inseguridad, timidez y apocamiento; al igual con la terapia reeducativa cognitiva en su ira y ansiedad.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AVANCE TERAPÉUTICO

El paciente lo contestó apoyado por su abuela.

PLAN A SEGUIR.

Hasta el momento podemos concluir que nuestro paciente ha respondido satisfactoriamente observándose mejoría en los síntomas de timidez y mentiras, por lo tanto

el plan a seguir es continuar con el tratamiento. Además es recomendable citar al papá para que el también tome tratamiento psicológico.

Nombre Niño 3

Edad 7 años

Sexo: Masculino

Ocupación: estudiante

Dirección: Conocido

Escolaridad: 2". primaria

Religión: Católica

HISTORIA .

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente traído a tratamiento por su mamá, el cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papá (29) teniendo un empleo de trailerero, tomador y fumador social; Mamá (31) dedicada al hogar con estudios a nivel secundaria. tomadora y fumadora social, hermana (1 1/2), además que con ellos viven abuelo (60) y abuela (57) maternos y una tía por parte de la mamá. Matrimonio formado hace 8 años en el cual se observa un ambiente emocional hacia el paciente violento por parte de ambos padres, aunque se le cumplen los caprichos materiales (juguetes, antojos, etc.). La forma de vestir es la común para niños de su edad.

2.- DESARROLLO

NACIMIENTO

Primera gestación, al nacer el paciente la madre tenía 23 años de edad, el embarazo fue planeado y deseado, aunque durante el mismo tuvo conflictos con su pareja, parto por cesárea de 38 semanas, sin complicaciones, el niño aparentemente sano.

INFANCIA

El desarrollo del control de esfínteres en el paciente comenzó a la edad de 1 ½ años. cuando aviso para ir al sanitario, y a la edad de 2 ½ años acudió solo al mismo. De acuerdo a lo anterior parece que no tuvo retraso en el control de esfínteres.

Fue amamantado hasta los 2 ½ años dejando la mamila hasta los casi 4 años de edad.

El sueño, el paciente duerme 9 horas, el reposo al parecer es tranquilo rara vez por las noches se levanta hablando. Duerme muy de vez en cuando en el día (2 por semana).

Referente a enfermedades en la infancia la madre nos refiere que a los 4 años de edad se interno por una bronquitis asmal la cual superó satisfactoriamente.

En lo que se refiere a la motricidad gruesa el niño empezó a gatear a los 5 ½ meses, a los 10 meses se sentó sin ayuda, a los 12 ½ meses empezó a caminar y como a los 2 años con 8 meses a correr, podemos afirmar que no presenta retraso motriz

El lenguaje en el paciente empezó con sus primeros balbuceos a los 5 meses y sus primeras frases al año aproximadamente. Actualmente no muestra alteración aparente

El aspecto emocional en el que convive el paciente es conflictivo, existe violencia verbal y física por parte de sus padres (dato proporcionado por la tía). El niño se angustia con facilidad en ocasiones es rebelde, agresivo y en otras desinteresado por el medio que lo rodea, aunque es cooperativo con su mamá.

La trayectoria escolar empezó a los 6 años al ingresar a la primaria donde se ha reportado por parte de los profesores agresividad y rebeldía.

El paciente tiene dificultad para concentrarse en alguna actividad, necesita mucha atención para hacer su tarea, además que él nos menciona que desde que nació su hermana le tiene celos

Motivo de la consulta

La madre refiere que desde que el niño nació no hubo convivencia con ambos padres, de bebé fue cuidado por la abuela materna, hasta la edad de 2 años, por cuestiones de trabajo. Desde que era bebé fue maltratado por sus padres, incluso golpes en la cara. Cuando enfermó y fue hospitalizado, al ser dado de alta el niño le dijo a su mamá que era una extraña porque no lo había ido a visitar. Tiene buen rendimiento escolar, pero su disciplina es muy mala no puede estar quieto en un lugar y no pone atención a las ordenes que se le dan. Al nacer su hermana se acrecentó la indisciplina y empezó la violencia tanto a la beba como a sus compañeros de la escuela. Se ha tratado de cumplir todos sus caprichos materiales (juguetes, antojos, etc.). En una entrevista con su tía nos reveló que en una ocasión el niño vio cuando el papá, en una discusión con la mamá, tomó una pistola y le apuntó a la cabeza de su progenitora.

3.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.2.1.3)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera un extraño o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata; la impulsividad se relaciona por lo común, con el temperamento de los jóvenes, con inmadurez o con afección neurológica. E. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se observa temor a ambos padres y preocupación por la hermana por la violencia vivida en lecho familiar

C) CAT-A

Interpretación. Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Lo percibe como un ser poderoso que se debe obedecer en todo en caso contrario hay un castigo y considera que él siempre gana

Mamá.-Una vigilante a la cual se debe de servir en todo lo que mande, pero que ante la presencia del padre se doblega.

Hermana.-Aunque tiene celos de ella desea protegerla de la violencia de los padres haciendo que les obedezca.

Conigo mismo.- Piensa que debe ser dócil, servicial y portarse bien para no recibir castigos.

4.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta agresividad infantil acompañada de impulsividad, inseguridad e inadecuación causada por el maltrato recibido por ambos padres y la observada entre ellos mismos.

5.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

Entrevista con la madre para otorgar resultados, el diagnóstico y el plan terapéutico a seguir. Informándole que es necesario aplicar terapia a ambos padres (Entrevista y orientación de pareja). E invitándola a traer a alguna persona que conviva con la familia para tener un otro punto de vista.

QUINTA SESIÓN:

En esta sesión solo se presenta la tía y el paciente. Entrevistándola nos refiere que: En el hogar del niño existe violencia verbal y física entre ambos padres y para con el paciente, así mismo se nos comento que una vez el papá amenazó y le colocó una pistola en la cabeza de la mamá, hecho que observo su hijo, esto fue afirmado por él

Ante esta nueva información se refuerza la invitación hacia los padres a asistir a terapia para mejores resultados en el conflicto del niño. Con la tía se trabajo la técnica entrevista y orientación familiar, básicamente en el apoyo del niño ante la violencia de los padres.

SEXTA SESIÓN:

Se presentaron ambos padres con su hijo, al platicar con ellos acerca del comportamiento de su hijo y de la violencia que existía dentro del hogar no se comento por parte de ellos el caso de la pistola. Se empieza a trabajar con la técnica entrevista y orientación de pareja, básicamente en la comunicación entre ellos invitándoles a que cada uno de ellos le hiciera una carta al otro comentando que se piensa y que se espera de la pareja. Con el niño se trabaja con reeducación cognitiva aplicada a su conducta, es decir, que no imite las conductas observadas dentro de su hogar que trate de pensar antes de actuar para que no las ponga en práctica ni en la escuela ni en algún otro lugar en donde se desenvuelva.

SEPTIMA SESIÓN:

En esta sesión no asistió el padre, según la madre por motivos de trabajo, se le preguntó acerca si realizaron las cartas mencionándonos que no tuvieron tiempo para ello, pero que si las realizarían y además que ambos han modificado mucho la conducta para con su hijo que ya tratan de no agredirlo, se le pregunto acerca del conflicto de la pistola afirmándolo, pero justificando la acción de su esposo diciendo que ella lo había provocado y que por eso el lo hizo, preguntando por que no lo había mencionado antes, explico que no creía que tuviera importancia, se le mencionó que como quería que su hijo no fuera violento si ellos en su casa le estaban dando el ejemplo y que ese tipo de acciones si tienen influencia en la conducta de su hijo invitándola a que era necesario que ambos padres deberían de asistir a la terapia. Se sigue trabajando con el paciente sobre las conductas a imitar y que sea flexible ante las situaciones con sus compañeros

DE LA OCTAVA A LA DOCEAVA SESIÓN:

En estas sesiones el paciente acude solo con su tía a la cual se le informa que es difícil el avance terapéutico sin el apoyo de los padres, ella nos comenta que después de que la madre comentó lo del problema con la pistola el papá decidió ya no asistir, tal vez por miedo, y que la madre tiene pena, pero que su hijo siga asistiendo a la terapia. Se trabaja con el paciente con reeducación cognitiva aplicándola al mismo rubro que se viene manejando, la tía nos informa que ella observa cambios en la conducta del niño ya que no ha habido quejas por parte de la escuela además de que los padres han dejado de ser violentos con él, pero que entre ellos sigue existiendo la violencia física y verbal.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AVANCE TERAPÉUTICO

Fue contestado por el paciente apoyado por su tía.

PLAN A SEGUIR.

Hasta el momento podemos concluir que nuestro paciente, a pesar de que sus padres no han apoyado, ha respondido satisfactoriamente a la terapia manejada sobre todo en el aspecto agresivo, por lo tanto el plan ha seguir es continuar con el tratamiento. Además es recomendable incitar a los padres a retomar la terapia por el bien de ellos y del resto de la familia.

Nombre Niño 4

Edad 6 años

Sexo: Masculino

Ocupación: estudiante

Dirección: Conocido

Escolaridad: 1^{ra} primaria

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente traído a tratamiento por su mamá, el cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papá (23) el cual se desempeña como chofer, problemas de alcoholismo y tabaquismo; Mamá (24) empleada de tienda de autoservicios, sin vicios, hermana (7 meses). Matrimonio formado hace apenas 1 año porque a pesar de haber tenido a su hijo hace 6 años, con la madre el ambiente emocional es de consentimiento y violencia física y verbal, con el padre existe violencia verbal. El paciente es cuidado durante la mañana por su abuela materna (40) dedicada al hogar y dos tías (19 y 15 años) ambas estudiantes las cuales son consentidoras con él

2.- DESARROLLO

NACIMIENTO

Primera gestación, al nacer el paciente la madre tenía 18 años de edad, el embarazo no fue planeado, pero si deseado sin ninguna complicación el parto fue normal de 28 semanas, sin complicaciones, el niño aparentemente sano al nacer la madre no tuvo la compañía del padre, ya que no vivían juntos.

INFANCIA

El desarrollo del control de esfínteres en el paciente comenzó a la edad de 1 año con 3 meses, cuando avisó para ir al sanitario, y a la edad de 2 años con 8 meses acudió solo al mismo. De acuerdo a lo anterior parece que no tuvo retraso en el control de esfínteres.

Fue amamantado hasta los 2 años dejando la mamila hasta los 3 años de edad.

El sueño, el paciente duerme 9 horas, el reposo es tranquilo pero a veces por las noches se levanta muy asustado o hablando. Duerme muy de vez en cuando en el día (2 por semana).

Referente a enfermedades en la infancia la madre nos refiere que a la edad de 7 meses sufrió de varicela sin consecuencias graves.

En lo que se refiere a la motricidad gruesa el niño empezó a gatear a los 8 meses, a los 11 meses se sentó sin ayuda, al año y 2 meses empezó a caminar y como a los 3 años a correr, podemos afirmar que no presenta retraso motriz.

El lenguaje en el paciente empezó con sus primeros balbuceos a los 4 ¹/₂ meses y sus primeras frases al año aproximadamente. Actualmente no muestra alteración aparente.

El aspecto emocional en el que convive el paciente es conflictivo, existe violencia verbal por parte de ambos padres además física por la madre. El niño se angustia con facilidad cuando ve a sus padres discutir por esto en ocasiones es rebelde, mentiroso, agresivo y en otras desinteresado por el medio que lo rodea, aunque es cooperativo con su mamá.

La trayectoria escolar empezó a los 4 ½ años al ingresar al preescolar sin ningún dato importante actualmente cursa el primer año de primaria en donde la madre ha recibido quejas por parte del maestro por desobediencia, agresividad y mentiras.

Motivo de la consulta

La madre refiere que el niño ha sido cuidado por la mamá y hermanas de ella desde el nacimiento de éste. Primero porque vivían en casa de ellas después al casarse con su papá y al trabajar ambos siguen cuidándolo. Existe un detalle importante por la lejanía de las casas tienen que levantarse temprano teniendo toda la responsabilidad de los cuidados de sus dos hijos solamente la madre. Según la madre la tensión en el niño se acrecenta al nacimiento de su hermana, aunque durante el embarazo de ésta él estaba contento y más aún cuando supo que era niña, pero al pasar los días empezó a enojarse por todo lo que hacía su hermana mostrando conductas agresivas, de desobediencia y volviéndose mentiroso. Cabe mencionar que el papá además de no apoyar a la madre en la educación del niño está en desacuerdo en que su hijo asista a terapia psicológica al considerarla como una pérdida de tiempo y dinero al afirmar que "el psicólogo es para los puros locos"

3.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.2.1.4)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera un extraño. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones y preocupación al futuro. **E Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se observa repudio hacia el padre y hacia las ordenes en general. Muestra conductas egoístas en lo que se refiere a sus pertenencias

C) CAT-A

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Muestra temor y respeto, pero no sabe como actuar ante él.

Mamá.- La considera como una persona que sólo da ordenes, aunque la quiere y respeta

Tías.- Muestra malestar hacia ellas por imponerle reglas y ordenes

Hermana.- Enojo por meterse con sus pertenencias.

Consigo mismo.- Preocupado por lo que pase con su familia teme que le suceda algo malo

4.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta agresividad infantil, ansiedad e inadecuación causada por la poca atención de ambos padres en especial del papá, además de la violencia recibida por ellos y entre ellos. La falta de los valores de amor y respeto. Cabe aclarar que las dos tías juegan un papel importante en la conducta del paciente.

5.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

Entrevista con la madre para otorgar resultados, el diagnóstico y el plan terapéutico a seguir. Informándole que es necesario aplicar terapia a ambos padres (Entrevista y orientación de pareja). E invitándola a traer a los familiares que cuidan al niño.

QUINTA SESIÓN:

En esta sesión se presentaron las tías, la abuela materna y la madre se platicó con ellas, se empezó a trabajar la técnica terapia consejo conductual para familiares orientada básicamente al manejo del niño sobre todo en cuestión de las ordenes, forma y manera de darlas. Se habló de la importancia de comunicarle al niño acerca del porque sus padres no pueden cuidarlo. Se le pide además a la madre un reporte semanal (vease anexo 4) del comportamiento del paciente para evaluar los avances del tratamiento, ya que con el niño se empezó a trabajar con la técnica de reeducación cognitiva enfocada a la aceptación de su hermana y la forma de actuar ante las ordenes de las tías.

SEXTA SESIÓN:

El avance de acuerdo con el reporte semanal presentado por la madre no es bueno, pero si esperado por la falta de apoyo por parte del papá se le pide a la mamá seguir con el reporte semanal. Con el paciente se sigue trabajando reeducación cognitiva pero ahora más enfocada en las mentiras, aclarando que el niño nos refiere que sus papás y tías también mienten, recordando que no debe de imitar todas las conductas que observe. De acuerdo con lo comentado por él se recomienda a la madre procurar en todo lo posible no mentir frente al niño, además de indicarle que le encomiende tareas conjuntas con su hermanita para tratar de reforzarla la convivencia entre ellos.

SEPTIMA SESIÓN:

En esta sesión se observa por el reporte semanal y el discurso de la madre un avance significativo en obediencia, mentiras y convivencia con su hermana, pero se vivió un hecho importante en la semana el paciente amenazó con un cuchillo a sus tías, sin consecuencias graves, después de haber visto una discusión entre los padres que tuvo como consecuencia el abandono del hogar por parte del padre. Por tales acontecimientos se trabajó con la madre con TRE orientada a la pérdida de su marido en cambio con el niño se siguió con reeducación cognitiva enfocándola a su agresividad. Se sugiere nuevamente la presencia de las tías.

DE LA OCTAVA A LA ONCEAVA SESIÓN:

En estas sesiones se platicó y aplicó nuevamente terapia a las tías del tipo de terapia consejo conductual para familiares enfocándonos nuevamente a la forma de ordenar y el manejo de la conducta del niño. Con la madre se sigue observando depresión por el abandono de su esposo se le siguió aplicando TRE explicándole la manera de enfrentar sus pensamientos irracionales. Según el reporte semanal el paciente tiene una notable mejoría en sus conflictos se sugiere seguir con el mismo.

DOCEAVA SESIÓN:

En esta sesión la madre se presenta con buen estado de ánimo porque ha notado cambios positivos en la conducta de su hijo, aunque ella todavía no ha podido superar la separación de su esposo. Se sigue con el mismo plan con el niño (reeducación cognitiva) y con la madre (TRE).

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AVANCE TERAPÉUTICO

Fue contestado por el paciente apoyado por su mamá.

PLAN A SEGUIR.

Hasta el momento podemos concluir que nuestro paciente, a pesar de la falta de su papá, ha respondido satisfactoriamente a la terapia manejada sobre todo en los síntomas de agresividad e inadecuación, por lo tanto el plan a seguir es continuar con el tratamiento. Además es recomendable seguir con el tratamiento a la madre para que lo obtenido con el paciente no se pierda.

Nombre Niño 5

Edad 7 años

Sexo: Masculino

Ocupación: estudiante

Dirección: Conocido

Escolaridad: 2^o. primaria

Religión: Católica

HISTORIA .

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente traído a tratamiento por su mamá, el cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papá (42) el cual se desempeña como obrero, con problemas de alcoholismo y tabaquismo; Mamá (38) con una profesión de enfermera, sin vicios; y hermano (14) estudiante de tercer año de secundaria. Matrimonio (matrilineal) formado hace 14 años donde se observa un ambiente emocional hacia el paciente violento por parte de ambos padres y algunas veces es consentido por el padre. El niño es cuidado por diferentes parientes: Lunes una tía (27), Martes y Miércoles otra tía (36) con una hija (6) que lo llevan y cuidan en otro domicilio, Jueves y Viernes la mamá, Sábado y Domingo por el papá. Al llegar al consultorio se observa en el niño: desobediencia, falta de peso y su forma de vestir es la común para niños de su edad.

2.- DESARROLLO

NACIMIENTO

Segunda gestación, al nacer el paciente la madre tenía 30 años de edad, el embarazo fue planeado y deseado, pero al tercer mes se presentó una amenaza de aborto afortunadamente sin consecuencias el parto fue normal de 38 semanas, sin complicaciones, el niño aparentemente sano.

INFANCIA

El desarrollo del control de esfínteres en el paciente comenzó a la edad de 1 ½ años, cuando avisó para ir al sanitario, y a la edad de 3 años acudió solo al mismo. De acuerdo a lo anterior parece que no tuvo retraso en el control de esfínteres.

Fue amamantado hasta 1 año dejando la mamila hasta los 2 años de edad.

El sueño, el paciente duerme 10 horas, el reposo es en pocas ocasiones tranquilo y otras es inquieto e incluso por las noches se levanta muy asustado o hablando. No duerme durante el día.

Referente a enfermedades en la infancia la madre nos refiere que a los 6 años, enfermó de rubéola pero sin consecuencias graves.

En lo que se refiere a la motricidad gruesa el niño empezó a gatear a los 6 meses, a los 10 meses se sentó sin ayuda, al año empezó a caminar y como a los 2 ½ años a correr, podemos afirmar que no presenta retraso motriz.

1.- Organización social, tradicionalmente atribuida a algunos pueblos primitivos, en que el mando residía en las mujeres. **Biblioteca de**

Consulta Microsoft® Encarta® 2004

El lenguaje en el paciente empezó con sus primeros balbuceos a los 5 meses y sus primeras frases al año aproximadamente. Actualmente no muestra alteración aparente.

El aspecto emocional en el que convive el paciente es conflictivo, existe violencia verbal y física por parte de sus padres, pero paradójicamente es muy consentido; en el hogar la persona que toma las decisiones es la madre. El niño es rebelde, agresivo y en otras desinteresado por el medio que lo rodea, aunque es cooperativo con su padres.

La trayectoria escolar empezó a los 4 años al ingresar al preescolar si ningún dato importante. Al entrar a la primaria, específicamente al segundo grado, es reportado por su profesor como un niño grosero y agresivo a su mamá.

El paciente tiene dificultad para concentrarse en alguna actividad, necesita mucha atención para hacer su tarea, no puede estarse quieto y en ocasiones es grosero con sus padres.

Motivo de la consulta

La madre refiere que ha tenido varias quejas del profesor de la escuela tanto de calificaciones como de conducta (grosero, rebelde y agresivo). De acuerdo con la madre el problema empezó hace aproximadamente 8 meses sin ninguna causa aparente aclarando que su hijo es cuidado desde los 4 años por diferentes parientes. Lunes por su tía (soltera), Martes y Miércoles en casa de otra tía la cual tiene una hija de 6 años, Jueves y Viernes por la mamá, el Sábado y Domingo por el papá. Cabe mencionar que cuando es cuidado por las tías existe un ambiente consentidor y que cuando es cuidado por los padres existe consentimiento pero también violencia física y verbal. Entre ambos progenitores existe violencia de todo tipo y la educación del niño recae en la mamá. Además de esto se nos mencionó que el niño tiene visiones (duendes y brujas) estando despierto y pesadillas.

3.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.2.1.5)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera un extraño o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general, sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos: furia resultante de la frustración. **Y mal desempeño escolar.**

B) Frases incompletas

Interpretación: Se percibe negación a la obediencia además de sentir el hogar como un lugar para trabajar.

C) CAT-A

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Reproche a la manera de cómo es tratado por él (golpes y groserías) y sólo lo ve como una persona que le da lo que necesita cuando es obedecido.

Mamá.- Odia la manera en que trata a su papá y a él, además le tiene pavor por la forma en que le ordena las tareas que tiene que realizar.

Hermano.- Desea estar con él viviendo en un lugar apartado donde no sean molestados, aunque a veces lo rechaza.

Consigno mismo.- Desea ser bueno con sus padres ser obediente y ya no ser agresivo.

Es importante mencionar que esta prueba nos proporciono resultados en los cuales se percibe emociones del niño en que preferiría vivir lejos de sus padres.

4.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ideas de persecución, ansiedad y agresividad infantil, causada por el ambiente cambiante y violento en el que vive provocándole falta de identificación y paranoia

5.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

Entrevista con la madre para otorgar resultados, el diagnostico y el plan terapéutico a seguir Informándole que es necesario aplicar terapia a ambos padres (Entrevista y orientación de pareja). Así mismo invitándola a traer a los familiares que cuidan al niño. Con el paciente se empezó con reeducación cognitiva trabajando básicamente con las conductas que imita de las personas que lo cuidan, tratando de que busque su propia personalidad.

QUINTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajo con los padres utilizando la técnica de la silla colocando a ambos uno frente al otro para que cada uno de ellos expusiera las diferentes emociones que le causa el otro, permitiéndoles una catarsis importante la cual redujo significativamente la tensión existente entre ellos. Con el paciente solo se reviso el funcionamiento de la técnica aplicada invitando a seguir con la misma.

SEXTA SESIÓN:

Entrevista y terapia, consejo conductual para familiares, trabajada con los parientes (padres y tías) que se encargan de cuidar al paciente durante la semana enfocada básicamente hacia los limites que deben de imponérsele al niño y evitar el ambiente cambiante agresivo- consentido. Se concerto aplicar reglas en todas las actividades del paciente, como hora de comer, de realizar tareas, de acostarse a dormir, etc. De acuerdo con la madre la técnica de reeducación que se esta llevando con el niño muestra algunos avances sobre todo en la forma de dirigirse a sus compañeros de escuela y maestro, por tanto se sigue trabajando con el paciente con la misma terapia.

SEPTIMA SESIÓN:

Junto con los padres se revisan resultados observados despues de haber aplicado las reglas al niño las cuales primeramente rechazo, pero al explicarse que todo lo que se estaba llevando a cabo era por el bien de la familia empezó aceptarlo. Al mismo tiempo se continua con el paciente con la reeducación cognitiva, pero ahora aplicada a la aceptación de las reglas impuestas dentro del hogar. Ya en esta sesión se empieza a tratar el conflicto de las alucinaciones atendido con reeducación enfocándola a que estas eran producto de la imaginación causada por la mala conducta que éste presenta.

DE LA OCTAVA A LA ONCEAVA SESIÓN:

Se realiza una recapitulación de los resultados obtenidos hasta el momento los cuales reflejan importantes avances en el conflicto presentado por el paciente sobre todo en la falta de aprovechamiento escolar, la agresividad y rebeldía. En lo referente a las alucinaciones y sueños terroríficos estos empezaron a desaparecer. Además de que se percibe un cambio positivo en la conducta de ambos padres hacia el paciente. Continuando estas sesiones con el mismo plan seguido hasta el momento con toda la familia

DOCEAVA SESIÓN:

Para afianzar aún más los resultados se empezó a trabajar con los padres la TRE sobre todo en el manejo de sus emociones entre ellos tratando de evitar los conflictos violentos entre ellos. El paciente refleja aumento de calificaciones y gracias a la reeducación cognitiva ha mejorado su conducta lo cual nos ha ayudado en mucho con las desapariciones de las alucinaciones y pesadillas. Los demás familiares han aportado mucho de su parte con la aplicación de los límites.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AVANCE TERAPÉUTICO

Fue contestado por el paciente apoyado por su mamá

PLAN A SEGUIR.

En este caso se trabajó con toda la familia por que se observó que era una pieza importante en la conducta del paciente y que era necesario resolver los conflictos de la gente mayor y a la par resolver los del niño. Hasta el momento podemos concluir que nuestro paciente y su familia han puesto la perseverancia para el cambio y han respondido satisfactoriamente a la terapia manejada sobre todo en la agresividad e ideas de persecución, por lo tanto el plan a seguir es continuar con el tratamiento para que la familia logre superar sus conflictos.

4.3 El tratamiento psicoterapéutico en adolescentes.

Por lo general el paciente adolescente, al igual que el niño, es llevado a terapia por sus padres o por un familiar. Aunque hay casos en que él mismo es el que se acerca a la ayuda psicoterapéutica.

Se intenta detectar ya en la primera consulta los significados personales del adolescente en el conflicto. Es importante detectar el significado de la secuencia de activación del problema: ¿Qué significa para el adolescente su propio malestar y su evolución? Es frecuente la aparición de actitudes pesimistas o de indefensión (p.e. “No mejorare”, “las cosas seguirán mal”, “No puedo hacer nada”) ¿Que significa para él su propia autoestima o autoconcepto, lo ocurrido y su propio malestar? (p.e. “Sin el amor de el(la) yo carezco de valor”).

El adolescente en un estado conflictivo puede estar experimentando experiencias emocionales internas más complejas. Una experiencia de pérdida o tensión relacional

continúa puede dar lugar a la tristeza, pero el propio individuo puede estar experimentando sentimientos como la rabia y deseos no expresados que quizás por temor relacionado con su experiencia con otros significados, aparta de su experiencia consciente

Otro aspecto importante en cuanto al aspecto afectivo es el de los asuntos pendientes e irresueltos. Se trata de sentimientos no expresados en parte por la interrupción de la relación como duelo o separación. El adolescente se queda con la sensación de que tenía que haber expresado algo más y no pudo. El terapeuta puede evaluar la presencia de esos sentimientos subyacentes usando técnicas experienciales para simular experiencias actuales y pasadas, significativas, relacionadas con el conflicto. La silla vacía y la desensibilización sistemática pueden facilitar tanto la evaluación como la terapia por "elaboración catártica" de sentimientos subyacentes a la tristeza.

Dentro del tratamiento psicoterapéutico en los adolescentes es importante tener una plática con los miembros de la familia del paciente (si es que este la tiene), para establecer la estrategia a seguir y de ser necesario invitar a la misma al tratamiento psicoterapéutico

4.3.1 Casos clínicos.

Nombre: Adolescente I
Edad: 18 años
Sexo: Femenino
Ocupación: estudiante
Dirección: Conocido
Estado civil: Soltero
Escolaridad: 3^{ra} preparatoria
Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por sí sola, la cual pertenece a una familia de estatus social medio conformada por: Papá finado (cirrosis hepática²) hace 2 años, Mama (54) dedicada al hogar, con problemas de alcoholismo y tabaquismo, 3 hermanos, el mayor

finado (asesinado en un asalto) hace 5 años, los otros dos 30 y 25 años ambos también con problemas de alcoholismo y tabaquismo. Dentro de la familia existe un ambiente violento (física, verbal y psicológicamente) por parte de los hermanos hacia la paciente, la madre no interviene. La paciente se presenta cabizbaja y su forma de vestir es inusual en chicas de su edad (modesta).

Motivo de la consulta

La paciente refiere que se encuentra angustiada, ya que piensa que sufre de bulimia³. Por que después de comer siente remordimiento por lo comido y se provoca el vomito, tiene la idea de que la cantidad que come es la misma que incrementará en su peso. Además de que no ha podido superar la pérdida de sus dos familiares arriba citados porque al extrañarlos se deprime, llora desconsoladamente y no quiere saber nada de lo que suceda a su alrededor

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.3.1.1)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. La joven se considera una extraña o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro, preocupación y estado prolongado de aprehensión. **Y apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí misma; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se percibe inseguridad de ella misma, así como ausencia de cariño por parte de su familia además de no haber podido aceptar la muerte de sus familiares.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Aunque recibió violencia física y verbal por parte de él lo consideraba como la persona que protegía y dirigía a la familia.

Mamá.- Odia la manera en que es ignorada por ella y la percibe como que goza cuando es lastimada por sus hermanos, muestra mucha violencia recibida por ella.

Consigo mismo.- Se percibe enojo con el ambiente en que se encuentra y con ella misma por la falta de motivación y autoestima, ya que ella piensa que puede resolver sus conflictos pero le falta un motivo el cual aun no puede encontrarlo.

2.-enfermedad crónica del hígado que cursa con destrucción irreversible de las células hepáticas. La cirrosis es la fase final de muchas enfermedades que afectan al hígado. Se caracteriza por áreas de fibrosis (cicatriz) y muerte de los hepatocitos (células hepáticas). Sus consecuencias principales son el fracaso de la función hepática y el aumento de la presión sanguínea en la vena porta (que transporta la sangre desde el estómago y tubo digestivo al hígado). Diccionario Encarta 2004

3.- desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vomito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso Diccionario Encarta 2004

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ideas de persecución, ansiedad, timidez y principios de bulimia, causada por el ambiente violento en el que vive, la no aceptación de la muerte de su hermano y papá, además de la baja autoestima.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó a la paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema de la Bulimia se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el vomito. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban el vomito, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo que el peso que tenga el alimento es el mismo que ella iba a subir y que por esta razón tenía que vomitarlo. Además se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E). en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Esta forma de pensar es objetiva?, para que se encontrará un efecto diferente ante acontecimientos que pudieran provocar el vomito o la toma de laxantes. En cada sesión se le pidió una lista añadiéndole el debate y el nuevo efecto de esta manera se manejo así: A, B, C D y E

DECIMA SESIÓN:

Se valoró el avance terapéutico de la TRE observando avances positivos con el problema de la bulimia, gracias a la disminución de vómitos en la paciente. Se le invitó a seguir con el plan trazado hasta el momento, para que ella misma continué debatiendo sus creencias irracionales.

EN LA ONCEAVA Y DOCEAVA SESIÓN:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Básicamente dirigidas a la adaptación intrafamiliar e interpersonal, además de la aceptación de la pérdida de familiares

PLAN A SEGUIR.

De acuerdo con los avances obtenidos en el tratamiento sobre todo en los síntomas de baja autoestima, ansiedad, timidez e inadecuación se sugiere continuar con el mismo.

Nombre: Adolescente 2

Edad 17 años

Sexo: Femenino

Ocupación: desempleada

Dirección: Conocido

Estado civil: Soltero

Escolaridad: 1er semestre de preparatoria

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por sí sola, la cual pertenece a una familia de estrato social medio conformada por: Papá (56), obrero con problemas de alcoholismo y tabaquismo; Mamá (54) dedicada al hogar, con problemas de tabaquismo; 4 hermanos, 3 varones (36,35, y 34) respectivamente y una mujer (28), todos casados. Dentro de la familia existe un ambiente violento (física, verbal y psicológicamente) entre los padres, no hay comunicación con el padre su único apoyo es la madre. La paciente nació con espina bífida⁴ fue operada en la infancia, pero tiene problemas para caminar ha asistido a terapias físicas desde entonces. Se presenta cabizbaja y su forma de vestir es recatada.

Motivo de la consulta

La paciente refiere que se encuentra angustiada, ya que tiene un novio (36 años), el primero, y está enamorada de él pero tiene miedo de que juegue con ella porque se considera fea y no atractiva por el problema que tiene al caminar, además de la diferencia de edades en su casa no saben del novio y tiene miedo a comentarlo. Ella comenta que ha tenido problemas para relacionarse con el sexo opuesto y que cuando tiene amigos es rara su relación, ya que mientras tiene un amigo no se permite tener otro al mismo tiempo sino que hasta que no termina la amistad con uno no comienza la amistad con otro, es decir, tiene problemas para relacionarse en grupo.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.3.1.2)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera extraña o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro. **Y apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada, falta de seguridad en sí mismo, tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se percibe falta de aceptación en el hogar y personal, rencor hacia los hombres principalmente hacia el padre pero tiene el anhelo de superarse y ser feliz.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Sólo se preocupa por él, sin importarle el daño que ocasiona a los demás.

Mamá.- Mujer sumisa, importante para ella, su amiga, pero la percibe derrotada y triste.

Novio.- Mantenerlo a su lado aunque ella crea que él no la quiere.

Consigo mismo.- No se acepta tal y como es, siente que cuando la gente se acerca a ella es por el morbo y por lástima. Cree que no puede a ver alguien que la quiera tal y como es.

4.- Espina bífida, malformación congénita que consiste en un defecto del cierre de la columna vertebral durante el desarrollo prenatal. La gravedad de este trastorno varía desde un tipo leve (espina bífida oculta) en el que casi no existen signos de anomalía, a casos extremos, donde la columna está completamente abierta y se producen trastornos neurológicos graves. Diccionario Encarta 2004

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, baja autoestima, ansiedad, timidez y temor a la socialización, causados por el problema físico y además del ambiente violento entre sus padres.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó a la paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema de la aceptación de su problema físico se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el temor a la socialización. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

Al traer la lista la paciente se procedió a revisarla y a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban el temor a socializarse, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que esta fea, el castigo Dios y no merece nada bueno de la vida. Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole las posibles causas de su padecimiento y que no era un castigo divino. Se le proporcionó el anexo 5 para que tratara de ponerlo en práctica con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E), en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: „Me ayudara esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E) como la confianza en si misma. En cada sesión se le pidió una lista añadiéndole el debate y el nuevo efecto de esta manera se manejo así: A, B, C, D y E. En la novena sesión se valoró el avance terapéutico de la TRE observando avances positivos con el problema del temor a socializarse y autoestima, observándose un cambio positivo en la manera de establecer nuevas amistades sin miedo a ser burla o inspirar lastima. Se le invitó a seguir con el plan trazado hasta el momento, para que ella misma siguiera debatiendo sus creencias irracionales.

DE LA DECIMA SESIÓN A LA DOCEAVA SESIÓN:

En estas tres sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Estas técnicas se emplearon específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que la paciente se acepte a si misma y tenga la confianza suficiente en ella y pueda considerarse como una mujer bella. Con estos tratamientos se lograron avances significativos en el proceso de comunicación con sus padres y la aceptación de ella misma. Sus padres ahora ya saben del novio y los dos la apoyan.

PLAN A SEGUIR.

Aunque el tratamiento ha sido lento nos ha proporcionado avances significativos en la problemática de autoestima, timidez y temor a la socialización por parte de nuestro paciente, se recomienda seguir sobre todo con la desensibilización por los buenos resultados obtenidos. Además es conveniente citar al novio a una entrevista, ya que podría ser un factor motivador muy importante para la paciente.

Nombre: Adolescente 3**Edad:** 18 años**Sexo:** Femenino**Ocupación:** realiza su servicio social**Dirección:** Conocido**Estado civil:** Soltera**Escolaridad:** Técnico Laboratorista**Religión:** Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento acompañada de su mamá, la cual pertenece a una familia de estrato social bajo conformada por: Papá (52), obrero sin vicios, pero que tuvo problemas de alcoholismo y tabaquismo hace 20 años superados; Mamá (54) dedicada al hogar y comerciante, sin vicios; 3 hermanos. 2 varones (25, y 22) respectivamente y una mujer (24), sólo el mayor casado. Dentro de la familia existe un ambiente violento (física, verbal y psicológicamente) entre los padres y hacia ella. Se presenta indiferente y su forma de vestir es desaliñada.

Motivo de la consulta

La madre de la paciente refiere que se encuentra angustiada, ya que percibe a su hija rebelde, se emborracha y se auto-agrede marcándose la cara con un seguro, y no entiende lo que le sucede, aclarando que en la infancia se le cumplían todos sus caprichos. Al entrevistar a la paciente nos confirma lo dicho por la madre, pero refiriéndonos que es golpeada por ambos padres desde chica que su mamá trata mejor a su hermana y eso le da mucho coraje piensa que es una hija no deseada, además tuvo un novio al cual le permitió que la golpeará y la forzará a tener relaciones sexuales con él (llora), pide y acepta la ayuda terapéutica, ya que no encuentra una razón para vivir, ha tenido la idea de suicidarse.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.3.1.3)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera una extraña, no lo suficientemente humano, o como una persona ridícula. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro, preocupación y estado prolongado de aprensión. Y **apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada, falta de seguridad en sí mismo; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Se percibe sentimiento de culpabilidad por lo que ha hecho de su vida, pero quiere superarlo y tiene disponibilidad para salir adelante.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Sólo es el que da dinero, ordena, golpea y se emborracha.

Mamá.- Quiere un cambio en ella que ya no se deje golpear y humillar por su esposo (padre de la paciente). Además que no se olvide que su hija existe y anhela tener mejor comunicación con ella.

Consigo mismo.- Conflictos existenciales, se acusa por lo vivido y ve que está actuando igual que su madre se deja golpear y humillar por los hombres.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que la paciente presenta inadecuación, baja autoestima, ansiedad, timidez y repite los roles que existen dentro de su hogar, causados por el ambiente violento dentro de la familia y la falta de comunicación con la misma.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó a la paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema del ambiente violento dentro de la familia y la falta de comunicación con la misma se le sugirió que para la próxima sesión trajera una lista de acontecimientos que según ella eran los que percibía como factores de la falta de comunicación en la familia. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias. Se cito a los padres para tener una charla con ellos.

DE LA QUINTA A LA SEXTA SESIÓN:

Sólo asistió la mamá elaborando un plan de trabajo con ella (orientación familiar) basado en el proceso de comunicación con su hija y demostrarle que si existe interés en ella, la madre mostró disposición al cambio. Al traer la lista la paciente se procedió a revisarla y a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban falta de comunicación en la familia, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que no les importa, es hija no deseada, les estorba y que la preferirían lejos de ellos (creencias irracionales "iB") Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que si fuera cierto lo que piensa sus padres jamás hubieran pedido ayuda para ella, que a veces hay que entender que ellos también tienen problemas y que durante la vida existen cambios y que no siempre se nos va a tratar igual en cada etapa de nuestro desarrollo se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEPTIMA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E), en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: "¿Me ayudara esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás?" Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) como que ella forma parte de su familia y que es querida y respetada, las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E) como el respeto a ella misma.

El tratamiento ha sido lento, pero satisfactorio ya que se ha logrado que la paciente perciba el ambiente familiar de otra manera por supuesto con el apoyo de otras terapias sobre todo con la madre

Se le invitó a seguir con el plan trazado hasta el momento, para que ella misma siguiera debatiendo sus creencias irracionales.

DECIMA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas: pasiva, agresiva y asertiva. Esperando que ante un conflicto, sobre todo con los hombres, actuará de forma asertiva en especial cuando era acosada sexualmente.

ONCEAVA Y DOCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Estas terapias se utilizaron específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que la paciente se acepte a si misma y tenga la confianza suficiente en ella y pueda considerarse parte de la familia. Con estos tratamientos se lograron avances significativos en el proceso de comunicación con sus padres y la aceptación de ella misma.

PLAN A SEGUIR.

Gracias al apoyo y disposición por parte de la familia y paciente hacia la terapia se han logrado avances en los síntomas de inadecuación, baja autoestima y comunicación familiar, se recomienda continuar con el tratamiento enfocándonos en el entrenamiento asertivo.

Nombre: Adolescente 4

Edad 17 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante (belleza)

Dirección: Conocido

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Secundaria terminada

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento acompañada de su tía, la cual pertenece a una familia desintegrada por divorcio desde hace 12 años: Papá (42), no sabe si tiene trabajo con problemas de drogadicción tiene más o menos 7 meses que no lo ve; Mamá (40) dedicada a su nuevo hogar, vive en Veracruz desde hace 5 años, sin vicios; 2 medios hermanos (una mujer de 8 años y varón de 2 años) los dos viven con ella, cuando los llega a visitarlos los acepta como hermanos, pero extraña más a su hermana. Actualmente vive con sus tíos paternos los cuales tienen un estrato social medio y dos hijos varón y mujer de 6 y 3 años respectivamente, según ella hay un ambiente agradable en la familia.

Motivo de la consulta

La paciente refiere que desde que sus padres se divorciaron, ella tenía 5 años, se quedo a vivir con su papá y sus abuelos paternos hasta los 16 años veía a su mamá casi a diario hasta hace 5 años en que ella se fue con otro hombre le dio mucho coraje por que no se la llevo con ella. El motivo de la separación de sus padres fue el maltrato por parte del papá hacia la mamá, además del hábito de él. Ella les guarda rencor a ambos, ya que cree que por ellos ella tiene que estar viviendo en casas ajenas, además odia a su mamá por no llevársela. Su aspecto es alegre paradójicamente a lo que expresa

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.3.1.4)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y**

sentimientos de inadecuación, es decir, implica un autoconcepto bajo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La joven se considera extraña o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro. **Y apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en si misma, tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Busca el cariño y la comprensión fuera del ambiente familiar, ya que no lo encuentra en él. Aunque ama a sus padres se siente como un estorbo para ellos.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá.- Cree que el pudo evitar la separación, pero sólo vio su bienestar propio y no el de su familia.

Mamá.- La ama, pero siente que no le importa lo que le pase a ella es egocéntrica, la culpa de la desintegración de su familia.

Consigo mismo.- Responde a los conflictos de manera sumisa, afectada emocionalmente por la separación de sus padres inconforme con lo que le está sucediendo y no encuentra a quien contárselo y recibir apoyo.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad e ira, causados por la separación de sus padres y la falta de identificación de ella misma

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó a la paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema inadecuación, ansiedad e ira se le sugirió que para la próxima sesión trajera una lista de acontecimientos que según ella eran los causantes de el problema arriba mencionado. En dos columnas, acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

Al traer la lista la paciente se procedió a revisarla y a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban su inadecuación, ansiedad e ira, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que sus padres sólo pensaron en ellos y no se preocuparon por el daño que le ocasionaron (creencias irracionales "iB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que lamentablemente en la vida del matrimonio no todo es color de rosa y que como es una unión de dos tipos de culturas es muy difícil su permanencia sino existe comunicación y respeto entre ambos que por desgracia cuando existen hijos son los que pagan los platos rotos se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E), en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas

con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E)

El tratamiento ha sido satisfactorio ya que se ha logrado que la paciente perciba la vida con otra visión hasta el punto de sentirse parte de la familia con la que vive.

DECIMA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas: pasiva, agresiva y asertiva. Esperando a que cuando tenga la oportunidad de hablar con sus padres externar sus sentimientos e inconformidades. Por ejemplo con la mamá por teléfono o una carta.

ONCEAVA Y DOCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Estas terapias se utilizaron específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que la paciente se acepte a si misma, entienda las razones por las cuales su madre tomó la decisión de abandonar a su padre y tenga la confianza suficiente en ella y pueda considerarse parte de la familia con la que convive actualmente. Con estas técnicas se lograron avances significativos en el proceso de aceptación de la separación de sus padres y del rol que juega actualmente en la familia de sus tios

PLAN A SEGUIR.

La paciente a pesar de lo que ha sufrido y gracias al apoyo de la familia con la que vive, ha superado sus creencias irracionales, se ha adaptado satisfactoriamente a su nuevo ambiente, por tanto podemos decir que la paciente ha resuelto el conflicto que la trajo a la terapia.

Nombre: Adolescente 5

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Desempleada

Dirección: Conocido

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Preparatoria terminada

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento acompañada de su mamá, la cual pertenece a una familia disfuncional, por problemas del alcoholismo del padre, desde hace 5 años. Papá (45), desempleado con problemas de alcoholismo lo ve esporádicamente; Mamá (41) maestra a nivel primaria, sin vicios; 3 hermanos (dos mujeres de 24 y 22 años y varón de 17 años), cuando el padre vivía con ellos era un ambiente lleno de violencia física, psicológica y verbal. Actualmente vive con sus hermanos y mamá, aún los padres no se han divorciado es por esa razón que el papá todavía los llega a visitar y cuando lo hace la familia se angustia ya que siempre llega borracho.

Motivo de la consulta

La paciente refiere que desde que tiene uso de razón el recuerdo que tiene de su padre es siempre en un estado alcohólico y agresivo con su mamá, con sus hermanos y con ella misma, el papá perdió el empleo a causa de su vicio y fue un factor más para la separación conyugal. Desde ese momento ella tomó el papel de ángel guardián del padre y

se cree benefactora de todas las personas que le rodean, pero ella no sabe que decidir con su vida pelea con sus hermanos porque le reclaman que ya se ponga a hacer algo (estudiar o trabajar). Respecto a la terapia ella opina que no le hace falta y que si accedió a asistir lo hace porque se lo pidió su mamá. La madre nos refiere que ve a su hija desubicada y agresiva con sus hermanos, ejemplo: "Un día después de discutir con la hermana mayor tomó unas tijeras y le cortó la ropa que tenía en su closet" y luego le sugirió a la mamá que se fueran ellas juntas y abandonaran a sus hermanos. Su forma de vestir es desaliñada, pero se le observa alegre.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.3.1.5)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación, a mostrar baja tolerancia a la frustración inconsistencia; a ser expansiva y a buscar gratificación inmediata. la impulsividad se relaciona por lo común, con el temperamento de los jóvenes, con inmadurez o con afección neurológica. **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en si misma, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera extraña o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro, preocupación y estado prolongado de aprehensión. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general, sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración. **Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en si misma; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles y peligrosas. **Y mal desempeño escolar.**

B) Frases incompletas

Interpretación: problemas existenciales culpa a los que viven a su alrededor por lo que le sucede, además de que cree que son unos torpes y fracasados

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Papá - Lo considera un fracasado

Mamá - Es posesiva, juguetona y aburrida por ser así al padre la abandono.

Consigo mismo.- Rechaza la vida, aunque quiere conseguir algo que aun no ha establecido, se otorga el papel de santa y desea ayudar a sus semejantes por considerarlos unos fracasados:

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta impulsividad, inadecuación, ansiedad, inseguridad, ira y agresividad, causados tal vez por los problemas de alcoholismo de su padre que causo la separación con su madre y ese sentimiento de responsabilidad que se echo a sus hombros que no le han permitido ver hacia ella misma.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó a la paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema de inseguridad, ira y agresividad se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el ser agresiva. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban su agresividad contra su familia en gral., sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que son unos tontos y no tienen que meterse en su vida y que mejor vean la suya (creencias irracionales "iB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que es importante que ella empiece a fijar metas a corto y a largo plazo para que no existan quejas por parte de sus hermanos se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

En estas sesiones la paciente se negó a traer las listas que en cada una se le había pedido, no obstante se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E). Y que en base a esto ella lograría contrarrestar sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Esta forma de pensar es objetiva?, ¿Me ayudara esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento no ha sido satisfactorio ya que la paciente dejo de participar después de pedirle la lista de sus (A), volviendo a mencionar que sólo asistía por petición de la madre. En cada sesión se le pidió una lista añadiéndole el debate y el nuevo efecto de esta manera se manejo así: A, B, C, D y E.

DE LA DECIMA A LA DOCEAVA SESIÓN:

En estas tres sesiones se intentó trabajar con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Desgraciadamente no presento la disposición necesaria para el buen desempeño de esta terapia, rompía la relajación con risas y levantándose de su lugar.

PLAN A SEGUIR.

Por la falta de cooperación de la paciente se sugiere platicar con la mamá respecto a lo que la muchacha menciona acerca de que sólo asiste por compromiso con ella para poner en consideración la continuidad del tratamiento.

4.4 El tratamiento psicoterapéutico en adultos.

El terapeuta puede tener en mente el listado de tareas y preocupaciones típicas de la edad adulta como guía para detectar las que posiblemente pueda tener el paciente. Temas

frecuentes son la pérdida de amigos y parientes, los aspectos sociales del envejecimiento, las enfermedades, el mantenimiento de la autoestima y el cambio de roles tras la jubilación. Se puede pedir al paciente que nos comente sus problemas actuales, preguntarle que le preocupa de ellos y que le hace creer eso. Inicialmente es preferible una actitud directiva en la entrevista preguntándole por posibles problemas en diversas etapas de su vida.

Autoras como Fernández Ballesteros (1981) consideran que el funcionamiento psicológico del adulto ha de ser evaluado en una triple vertiente

- 1.- Funcionamiento cognitivo que trata de determinar el grado de déficit y conservación de las capacidades cognitivas del sujeto como la memoria, la orientación espacio temporal, razonamiento, etc. Déficits en estas áreas pueden estar relacionadas con procesos demenciales de diversa etiología.
- 2.- Funcionamiento afectivo que junto con la entrevista se pueden emplear escalas e inventarios para evaluar la depresión (inventario de depresión de Beck).
- 3.- Funcionamiento social que hace referencia a los recursos sociales, las actividades sociales gratificantes y las habilidades sociales del adulto. Existen también escalas específicas para evaluar estos aspectos

Es de suma importancia que el clínico cuente con datos del historial médico del adulto y/o datos de evaluación médica y neurológica actual. Muchos estados psicopatológicos pueden deberse a enfermedades médicas. Por ejemplo la Enfermedad de Addison⁵ produce

5.- alteración endocrina crónica causada por una insuficiente secreción de las glándulas suprarrenales. Esta enfermedad, descrita por el médico británico Thomas Addison en 1855, puede desarrollarse tras una infección grave como la tuberculosis, tras sangrado masivo en las suprarrenales, o tras cirugía ablativa de las glándulas, como la realizada para extirpar un tumor. Diccionario Encarta 2004

síntomas parecidos a la depresión clínica.

La evaluación neurológica puede estar justificada en casos de detección de déficit cognitivo. El clínico que trabaja en una unidad hospitalaria debe estar coordinado con los especialistas de los otros servicios en la evaluación del adulto cuando este presenta psicopatología y problemas médicos asociados.

La entrevista clínica con el adulto y sus allegados nos permite preguntarle por el estado actual de sus relaciones y los conflictos presentes. Podemos recoger información del tipo de actividad que el adulto comparte con sus familiares y amigos y si le resulta agradable o no. El adulto puede presentar conductas molestas para sus familiares como un intento de recuperar el afecto que él percibe perdido. Si ocurre este caso se deben establecer las condiciones para que esta persona se sienta significativa en su entorno.

Una vez que el terapeuta ha identificado las preocupaciones y significados disfuncionales del adulto puede trabajar en la modificación de los mismos. Utilizará los métodos cognitivos en función de la capacidad cognitiva del paciente. Con pacientes con capacidad cognitiva deteriorada es mejor usar señales externas y listas de recuerdos que guíen su conducta funcional. Con pacientes con esta capacidad normal puede usarse el cuestionamiento cognitivo sobre la base de evidencias, los experimentos personales para poner a prueba sus cogniciones, usar modelos de otras personas que han superado problemas similares, las auto instrucciones, usar el rol playing para representar las viejas creencias y sus alternativas. Es importante haber establecido una relación empática previa antes de realizar el cuestionamiento cognitivo.

Los adultos con depresión o temores intensos deben de recibir tratamiento individualizado en un espacio distinto al del niño. La mejora del estado de ánimo o de los temores del adulto facilita el abordaje y las expectativas de auto eficacia de los adultos respecto al problema del niño(a).

Los adultos pueden ser orientados también en el manejo de los temores y depresión del niño, una serie de actividades que se les puede recomendar al niño-a/adultos ante la depresión del niño(a), intensificar las actividades que resulten agradables, elogiar las cosas que hace bien, procurar que esté acompañado, dar apoyo en el trabajo escolar, estimular la conversación, hacer comidas que le gusten y mantener un nivel de actividad diario constante.

4.4.1 Casos clínicos.

Nombre: Adulto 1

Edad 28 años

Sexo: masculino

Ocupación: trovador

Dirección: Conocido

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Lic. en Artes de ópera

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por sí solo, su padre abandono el hogar conyugal hace 10 años por otra mujer y por problemas de alcoholismo desde entonces no sabe nada acerca de él, él se fue a vivir con sus abuelos maternos la madre se fue al estado de Puebla con sus tíos. Actualmente vive con su madre de 56 años de edad y presenta problemas de alcoholismo, de obesidad y un tumor benigno en la mejilla izquierda de su cara

Motivo de la consulta

El paciente refiere que tiene miedo a las mentiras y que cuando descubre alguna, sobre todo a las parejas que ha tenido se pone furioso y termina la relación, por muy insignificante que sea. Menciona que además a consecuencia del problema de alcoholismo del padre acudió al psicólogo aproximadamente a los 7 años de edad estuvo en tratamiento 1 año, después de la separación de sus padres a los 18 años se sintió muy decepcionado de la vida y más aún cuando su mamá no se fue con él. Al enterarse tiempo después de que su

mamá tenía una nueva pareja se enojó porque se sintió engañado por no saber de la existencia de esa relación la cual duró aproximadamente 5 años terminando por infidelidad por parte de la pareja de su mamá. A partir de ese momento tiene desconfianza de las personas y su manera de actuar es temerosa. Su forma de vestir es formal y su manera de dirigirse es seria.

2.- EVALUACION.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.4.1.1)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. El paciente se considera un extraño, no lo suficientemente humano, o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración. Y **Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles y peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Inconforme con su vida y su aspecto físico tristeza por lo cruda que es la vida.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Consigo mismo.- Se encuentra en un momento de su inactividad a la expectativa de que algo ocurra para salir de este estadio. El mismo se acusa de encontrarse así, pero no encuentra la manera de cómo salir de este estado.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad, inseguridad, ira y agresividad, causados tal vez por los problemas de alcoholismo e infidelidad de su padre los cuales causaron la separación de su madre, además de la serie de mentiras y decepciones que ha vivido.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESION:

En esta sesión se trabajó y explicó al paciente la técnica TRF, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida al problema de inseguridad, ira y agresividad se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según él eran los que provocaban el ser inseguro. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

El paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban la desconfianza y agresividad contra las personas que lo frecuentan, sino lo que él pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que como él habla con la verdad y por lo menos espera de ellas lo mismo (creencias irracionales "IB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que uno espera recibir de la misma forma lo que uno da pero que desgraciadamente no es

así, ya que todos los seres humanos somos diferentes unos de otros, se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que él pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E). en base a esto se logró que él contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento ha sido satisfactorio ya que el paciente empieza a entender que él no va ha recibir de la misma manera que él da.

DECIMA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas: pasiva, agresiva y asertiva. La técnica se dirigió específicamente a que ante cualquier conflicto que enfrente exprese lo que el sienta y no responda en forma sumisa y/o agresiva, además dirigida a aumentar a su auto confianza y autoestima al poder enfrentar la vida con pensamientos positivos.

ONCEAVA Y DOCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Esta terapia se utilizó específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que el paciente se acepte a sí mismo pierda el temor y la desconfianza a las personas, entienda las razones por las cuales su madre tomó la decisión de tratar de rehacer su vida., además de introducir el procedimiento de la "Silla Vacía" (enfrentándolo con el mismo). Con este tratamiento se lograron avances significativos en el proceso de aceptación de la separación de sus padres y no culpar a su madre por la relación que tuvo en su vida y la nueva decepción.

PLAN A SEGUIR.

Por los avances en los síntomas de inadecuación, baja autoestima, ira y agresividad obtenidos hasta el momento, se recomienda continuar con las terapias llevadas hasta ahora en especial con el entrenamiento asertivo, para así lograr el bienestar del paciente.

Nombre: Adulto 2

Edad 23 años

Sexo: femenino

Ocupación: recepcionista

Dirección: Conocido

Estado civil: soltera

Escolaridad: preparatoria terminada

Religión: Católica

HISTORIA.

I.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por si sola, madre soltera con un hijo de 2 años $\frac{1}{2}$ viviendo con: papá (50) pensionado, mamá (49) dedicada al hogar y una hermana, también madre soltera, (19) con hijo de 6 meses. El padre (30) de su hijo sólo los visita de vez en

cuando. El ambiente familiar tenso, ya que algunas veces sus padres le reclaman por su situación civil y el futuro del niño. Al acudir a terapia se le percibía angustiada y triste.

Motivo de la consulta

El paciente refiere que se siente angustiada por el futuro que le depara, ya que no sabe que hacer y se siente peor cuando sus padres le cuestionan su situación y la de su hijo. Comenta que el padre del niño primero, cuando eran novios le había propuesto matrimonio pero después de enterarse que estaba embarazada no se lo volvió a mencionar, además de que durante el embarazo él le propuso abortarlo a tal grado que ya la había convencido de hacerlo, pero recapacito y se negó al comentárselo a su familia recibió apoyo por parte de su madre no así de su padre. Después del parto cambio la situación tuvo el apoyo de ambos. De su ex pareja no recibió ningún tipo de apoyo ni comunicación hasta el año de nacido del bebé, se presentó a tratar de convencerla de volver a tener relaciones sexuales con él sin preguntar por el niño, ella no accedió pero él la sigue pretendiendo. Apenas hace un mes le volvió a proponer matrimonio ella se encuentra confundida y no sabe que hacer.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.4.1.2)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de. **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, falta seguridad en sí mismo, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera una extraña, como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. **Ansiedad**, es decir, a las acciones, al futuro, preocupación y estado prolongado de aprehensión. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración. **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata. Y **Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles y peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Molesta y triste por haberse entregado a sus emociones y no poder superarse emocional e intelectualmente. Se siente incomprendida y no querida por sus padres.

C) TAT

Interpretación. Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Consigno mismo.- Problemas existenciales no sabe para que vivir está en espera de que alguien le ayude a ver la vida con otra perspectiva, por que cuando ella empieza a realizar algo para ella se decepciona cuando le sale mal y tarda bastante en animarse.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad, inseguridad, ira y agresividad, causados tal vez por la falta de apoyo que percibe por sus padres y por la desconfianza que le tiene a su pareja.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESIÓN:

En esta sesión se trabajó y explicó al paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida a los problemas de inadecuación, ansiedad, inseguridad, ira y agresividad se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el ser insegura. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban la desconfianza a las personas y la inseguridad de sí misma, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que el papá de mi hijo no es responsable, lo único que busca en mí es el placer carnal y además yo sola no procreo a mi hijo él también participó en la gestación (creencias irracionales "iB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que desgraciadamente en estas situaciones la mujer es la que por lo gral. es la que se hace responsable de los hijos, pero que también tienen las agallas para salir adelante, se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explicó al paciente el complemento de la TRE (D y E). en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento ha sido lento pero satisfactorio ya que la paciente empieza a entender que su pareja no tiene el valor suficiente para ser padre de su hijo.

DECIMA Y ONCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajó con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Esta terapia se utilizó específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que la paciente acepte la situación que está viviendo logre la confianza en sí misma y pueda rehacer su vida con la persona que ella decida pero que tenga las condiciones que necesita, además de introducir el procedimiento de la "Silla Vacía" (enfrentándolo con ella misma y su ex pareja). Con este tratamiento se lograron avances significativos en el proceso de aceptación de la situación actual y poder encontrar una solución a su problema.

DOCEAVA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas: pasiva, agresiva y asertiva. La técnica se dirigió específicamente a la forma de enfrentar las situaciones conflictivas con el padre del niño y expresar sus sentimientos sin el chantaje de que va a pasar con su hijo, y que ella defina realmente sus sentimientos y tome una decisión con respecto del padre del niño.

PLAN A SEGUIR.

Por los avances obtenidos, en su autoestima, inseguridad y su ansiedad. Y el valor conseguido para enfrentar la vida, se recomienda continuar con las terapias llevadas a cabo en especial el entrenamiento asertivo

Nombre: Adulto 3

Edad: 29 años

Sexo: femenino

Ocupación: contadora

Dirección: Conocido

Estado civil: casada

Escolaridad: Lic. en Contaduría

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por sí sola casada desde hace 4 años $\frac{1}{2}$ con un técnico en electricidad de 29 años, ambos con problemas de alcoholismo y tabaquismo sin hijos con un aborto de 5 meses de gestación hace 2 años. Viven en casa propia el ambiente entre ellos es, según ella, armonioso existe buena comunicación. Al acudir a terapia se le percibía angustiada y triste.

Motivo de la consulta

El paciente refiere que se siente triste por no poder tener hijos comentando que tiene problemas en el cuello de la matriz que la primera vez que se embarazó fue por inseminación, después de haber perdido al producto se acusa de no poder ser madre atacándose ella misma con frases "No sirvo, no soy mujer, mi esposo va a buscar una mujer para darle un hijo". Además de que cree que es un castigo de Dios lo que le sucede ya que a los 16 años tuvo relaciones sexuales con el esposo de la hermana de su mamá esta relación duró aproximadamente un año al casarse no se lo comentó a su esposo, aunque lo amaba tenía muchas dudas por la relación anterior. Ha acudido con varios ginecólogos para la atención de su problema al no ver resultados se deprime y enoja con todas las personas que se encuentran alrededor.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.4.1.3)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La se considera no lo suficientemente humana. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones, al futuro. **E Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración inconsistencia; a buscar gratificación inmediata.

B) Frases incompletas

Interpretación: Problemas existenciales, su meta es ser madre y al no poder serlo proyecta emociones relacionadas a no tiene caso ser mujer sino se es madre. Además de mostrar miedos a la obesidad y al envejecimiento.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Consigo mismo.- Proyecta sentimientos de responsabilidad por lo realizado en el pasado relacionándolo con la situación que esta viviendo.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad, inseguridad y baja autoestima, causados tal vez por lo realizado en el pasado que falsamente relaciona con su problema fisiológico

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESION:

En esta sesión se trabajo y explico al paciente la técnica TRE, es decir el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explico el D y E) Dirigida a los problemas de inadecuación, ansiedad, inseguridad y baja autoestima se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el ser insegura. En dos columnas, acontecimientos y consecuencias. Además de que consultara nuevamente a su ginecólogo y/o buscara el apoyo de otro medico.

QUINTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban el estado de ansiedad y baja autoestima, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que yo no sirvo para ser madre, no soy mujer completa, Dios me castigo por ser mala sobrina y mi esposo ira en busca de otra mujer que le pueda dar un hijo (creencias irracionales "iB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que hay ocasiones que uno padece por las acciones realizadas en el pasado, pero que este no era el caso que desgraciadamente bastantes mujeres se encuentran en la situación de no poder concebir hijos, pero que la ciencia avanza a pasos agigantados y que solo hay que tener fe y paciencia, además de que existen otras maneras de poder ser padre p.j. la adopción, se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E) en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales. apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses y lograr mis objetivos? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento ha sido lento pero satisfactorio ya que la paciente ha logrado interpretar lo realizado en el pasado no como un factor desencadenante de su presente.

DE LA DECIMA A LA DOCEAVASESIÓN:

En estas sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Esta terapia se utilizó específicamente para reducir el estado de ansiedad y lograr que la paciente acepte la situación que esta viviendo logre la confianza en si misma, además de que logre superar los miedos que desencadenan situaciones angustiantes, en el procedimiento de la "Silla Vacía" se le enfrentó con ella misma y con sus miedos. Con este tratamiento se lograron avances significativos en el proceso de

aceptación de la situación actual superar los miedos y poder encontrar una solución a su problema.

PLAN A SEGUIR.

Por los avances obtenidos en su autoestima, inadecuación e inseguridad bajo el tratamiento es recomendable continuar con las terapias llevadas a cabo. Es importante destacar que la ayuda del ginecólogo ha sido de gran ayuda para la superación de sus temores, dándole esperanzas para ser madre

Nombre: Adulto 4

Edad: 47 años

Sexo: femenino

Ocupación: empleada

Dirección: Conocido

Estado civil: separad

Escolaridad: primaria, carrera de estilista

Religión: Católica

HISTORIA.

1.- AMBIENTE FAMILIAR

Paciente que acudió a tratamiento por sí sola, separada hace 2 años después de haber vivido un matrimonio de 26 años con una persona de 52 años, ambos con problemas de alcoholismo, en el cual procrearon a dos hijos (mujer de 26 y varón de 21 años) actualmente vive en su casa, la cual fue el hogar conyugal, con sus dos hijos el esposo va a visitarlos todos los Domingos, aún no se han divorciado. Al llegar a la terapia se le percibió triste, pero preocupada por su presentación y persona

Motivo de la consulta

El paciente refiere que se siente triste por la separación con su esposo que se dio por infidelidad por parte de él. Ella señala que tiene la necesidad de verlo y que al llegar el Domingo que es el día que los visita se siente feliz ya que todavía lo ama, pero no quiere volver a caer ya que desgraciadamente no fue la primera vez que la había engañado. Desde que se casaron a los 5 meses se enteró que él tenía una hija de un año de edad al pasar los años se enteró de varias infidelidades esta última ya había durado 10 años y en donde él tuvo una hija con la amante. Cuando se enteró decidió contárselo a sus hijos y tomó la decisión de correrlo de su hogar, pero él los visita sin ningún remordimiento, es decir como si no hubiera pasado nada. No sabe cómo actuar y qué decisión tomar en su vida ya que su mamá le dice "Hay hija si yo le tuve que aguantar peores cosas a tu papá", que es una de las causas por las cuales no se ha divorciado.

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.4.1.4)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, falta de seguridad en sí misma, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera una extraña, o como una persona ridícula. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud a las acciones, al futuro. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general, sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio, ataques verbales o físicos. Y **Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada..

tendencias a avergonzarse, tendencia a atemorizarse fácilmente a apartarse de las circunstancias difíciles y peligrosas.

B) Frases incompletas

Interpretación: Busca la superación tanto personal como la de sus hijos. Se arrepiente de haber seguido sus sentimientos, quiere que las mujeres se valoren dentro de la relación de pareja.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Consigo mismo.- Proyecta todo el dolor sufrido en su matrimonio, pero siempre buscando la superación tanto intelectual como emocional. Algunas laminas (12m y 3nm) muestran como le afectó su vida pasada a su vida adulta, las costumbres de soportar al esposo fuera como fuera y que al fin de cuentas para eso se caso.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta ansiedad, inseguridad, falta de confianza en si misma ira y agresividad, causados por la infidelidad de su esposo y por la tradición familiar de que el hombre es infiel por naturaleza.

4.-TRATAMIENTO

CUARTA SESION:

En esta sesión se trabajó y explicó al paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E) Dirigida a la falta de seguridad de si misma se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el ser insegura. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

QUINTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban la inseguridad de si misma, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que sus hijos la acusan de la separación y que a su esposo no le importa la situación (creencias irracionales "iB"). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que ella tenía todo el derecho de romper la relación y que sus hijos tarde o temprano comprenderán su decisión la apoyaran, en cuanto a las costumbres se le explico que desgraciadamente muchas mujeres nacen, viven y mueren con esas falsas ideas, pero que todos los seres humanos tenemos el derecho a decidir que es lo que queremos hacer, creer y ponerlo a prueba, se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEXTA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E) en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento ha sido satisfactorio ya que la paciente empieza ha superar su duelo transformando sus creencias irracionales por ideas positivas.

DECIMA Y ONCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Esta terapia se utilizó específicamente para reducir el estado de depresión y lograr que la paciente acepte la situación que esta viviendo logre la confianza en si misma y pueda rehacer su vida con la persona que ella decida, además de introducir el procedimiento de la "Silla Vacía" (enfrentándolo con ella misma y su esposo). Con este tratamiento se lograron avances significativos en el proceso de aceptación de la situación actual lograr la independencia emocional de su esposo y poder encontrar una solución a su problema.

DOCEAVA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas: pasiva, agresiva y asertiva. La técnica se dirigió específicamente a la forma de enfrentar a su esposo y decirle realmente la situación por la cual es la separación, ya que al parecer él creía que ya se le había olvidado a ella y que pronto lo iba a volver a aceptar.

PLAN A SEGUIR.

Los avances con este paciente han sido muy satisfactorios tanto que podemos tomar la decisión atenderla por unas sesiones mas y después darla de alta

Nombre: Adulto 5

Edad: 28 años

Sexo: femenino

Ocupación: desempleada

Dirección: Conocido

Estado civil: soltera

Escolaridad: preparatoria terminada

Religión: Católica

HISTORIA.**1.- AMBIENTE FAMILIAR**

Paciente que acudió a tratamiento por si sola con crisis de llanto, nativa de León Guanajuato educada junto con su hermana menor por sus abuelos maternos la madre las abandono a los 18 años deciden ambas venir a vivir al Distrito Federal. Actualmente viven juntas, ninguna tiene vicios

Motivo de la consulta

El paciente refiere que se siente angustiada, deprimida y triste por haberse realizado un aborto. Comentando que cuando llegó al D.F. empezó a trabajar en una zapateria donde a sus 19 años conoció a un muchacho, se hicieron novios termino la relación porque según ella no lo quería, pero le dolió mucho el rompimiento. A los 22 años conoció a otro joven de 28 años con el cual tuvo su primera relación sexual, protegiendose con condón, tenia vida sexual activa con él, pero no le gustaba tener relaciones sólo lo hacia por sentirse querida él se desapareció sin decir nada. A los 25 años conoció a otra persona de 27 años con la cual tuvo relaciones sexuales por tres años, este último la embarazo y al saber que estaba encinta le propuso el aborto ella desesperada lo acepto, pero el día de la cita para llevarlo a cabo él no asistió dejándola sola. Además platica que en su infancia le decian, sus abuelos, que ella no merecia nada ni juguetes, ni cariño, ni nada y que era una niña muy fea era maltratada físicamente, pero afirma que no les guarda rencor

2.- EVALUACIÓN.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS APLICADAS

A) Figura humana anexo (4.4.1.5)

Interpretación: De acuerdo al dibujo realizado y de acuerdo a la interpretación, del test de la figura humana, resumimos que el paciente presenta síntomas de: **Inseguridad y sentimientos de inadecuación**, es decir, implica un autoconcepto bajo, inseguridad en si mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. La paciente se considera una extraña, no lo suficientemente humana. **Ansiedad**, es decir, tensión o inquietud a las acciones, al futuro. **Ira y agresividad**, es decir, disgusto, resentimiento, indignación, actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio. **Impulsividad**, es decir, tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación. Y **Apocamiento y timidez**, es decir, conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en si mismo, tendencias a avergonzarse.

B) Frases incompletas

Interpretación: Problemas existenciales no cree merecer nada, además de que se proyecta como una perdedora, fea e insatisfecha de lo que ha hecho en la vida.

C) TAT

Interpretación: Básicamente lo que se puede observar mediante esta prueba en el paciente son las siguientes relaciones con:

Conigo mismo.- proyecta sentimientos de responsabilidad por haber tenido el aborto, inconformidad con su apariencia física y lo que ha vivido emocionalmente creyendo que no merece lo que tiene y sólo está en espera que alguien se apiade de ella y la acepte tal y como es.

3.-DIAGNOSTICO.

Podemos definir que el paciente presenta inadecuación, ansiedad, inseguridad, culpabilidad, vergüenza, ira y agresividad, causados por la falta de autoestima el haberse dejado manipular para aceptar el aborto.

4.-TRATAMIENTO

El tratamiento empezó desde la primera sesión con la terapia de Intervención en crisis, después se llevo a cabo el proceso de evaluación, así que comenzaremos a describir a partir de la quinta sesión. En cada sesión se verificaba el estado de ansiedad de la paciente, el cual no era delicado.

Trabajo con la Intervención en crisis.

Tal como lo propone Slaikau (1996), el primer paso importante para efectuar la intervención es identificar el tipo de conflicto que presenta el paciente (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo), al haber identificado el conflicto del tipo afectivo se procedió a aplicar una técnica de respiración diafragmática y relajación de Jacobson, para reducir el estado de tensión y ansiedad obteniendo buenos resultados.

QUINTA SESION:

En esta sesión se trabajo y explicó al paciente la técnica TRE, es decir, el A, B y C (ya que en sesiones posteriores se le explicó el D y E). Dirigida a Los problemas inadecuación, ansiedad, inseguridad, culpabilidad, vergüenza, ira y agresividad se le invitó a la realización de una lista de acontecimientos que según ella eran los que provocaban el ser insegura. En dos columnas: acontecimientos y consecuencias.

SEXTA SESIÓN:

La paciente cumplió con su tarea, la lista, al revisarla se procedió a explicarle que estos acontecimientos no eran realmente los que provocaban la inseguridad de sí misma, la culpabilidad y vergüenza, sino lo que ella pensaba (irracionalmente) acerca de estos como por ejemplo piensa que es fea que nadie la quiere por lo que es, sino que sólo la buscan para tener relaciones sexuales, además le quitó la vida a un ser que era mi hijo (creencias irracionales “iB”). Se empezó a trabajar con estas creencias explicándole que en la vida el ser humano se enfrenta a ciertas experiencias que le harán tomar decisiones equivocadas, pero que tendremos la oportunidad en base a esta experiencia desagradable a rectificar y no volver a equivocarnos. Se trató de no acusarla y hacerla sentir culpable sino al contrario darle confianza para seguir adelante, se le proporcionó el anexo No. 5 (ver anexos) para que tratara de ponerlo en práctica, con el fin de que la paciente identifique sus (iB) y vea que estas no le son convenientes para su vida. Se volvió a pedir una nueva lista, pero ahora añadiéndole lo que ella pensaba acerca de ese acontecimiento. Tres columnas: acontecimientos, pensamientos y consecuencias.

DE LA SEPTIMA A LA NOVENA SESIÓN:

Revisando la nueva lista se le explico al paciente el complemento de la TRE (D y E) en base a esto se logró que la paciente contrarrestará sus creencias irracionales debatiéndolas con creencias racionales, apoyándose en preguntas como: ¿Me ayudara esta forma de pensar y lograr mis objetivos y superar mis emociones? Y que de acuerdo con esto pueda cambiar sus (iB) por creencias racionales (rB) las cuales le ayudaran a tener un nuevo efecto (E).

El tratamiento ha sido lento pero satisfactorio ya que la paciente empieza a comprender la crudeza de la vida y que depende de cada ser humano percibirla de forma positiva.

DÉCIMA Y ONCEAVA SESIONES:

En estas dos sesiones se trabajo con técnicas de desensibilización sistemática, silla vacía y relajación de Jacobson. Esta terapia se utilizó específicamente para reducir el estado de ansiedad y responsabilidad para lograr que la paciente acepte la situación que está viviendo logre la confianza en sí misma y pueda rehacer su vida con la persona que ella decida, además de introducir el procedimiento de la “Silla Vacía” (enfrentándolo con ella misma y el padre del hijo perdido). Con este tratamiento se lograron avances significativos en la reducción de la responsabilidad del aborto y en el proceso de aceptación de su situación actual y así poder encontrar una solución a su problema.

DOCEAVA SESIÓN:

En esta sesión se empezó a trabajar con la técnica de entrenamiento asertivo, explicándole que el ser humano ante un conflicto puede actuar de tres formas pasiva, agresiva y asertiva. La técnica se dirigió específicamente a la forma de enfrentar las situaciones conflictivas para que ella en el futuro pueda expresar sus sentimientos para que después no se arrepienta de lo hecho.

PLAN A SEGUIR.

Por los avances obtenidos en su autoestima, culpabilidad, vergüenza, ira y agresividad, se recomienda continuar con las terapias en especial con la TRE, para seguir trabajando con sus creencias irracionales de la paciente.

RESULTADOS.

La psicoterapia es un proceso de intervención psicológica, en el cual cada aproximación teórica ha desarrollado un conjunto de técnicas especializadas para resolver la problemática de los pacientes. En el caso de la aproximación cognitivo-conductual, también ha generado sus propias técnicas y puntos de vista a partir de la práctica continua (Mahoney, 1977). En este trabajo se describió este enfoque y las posibilidades psicoterapéuticas que se han aplicado a lo largo de años de trabajo.

Como una solución a la demanda de los usuarios se trabajaron diferentes técnicas en cada caso de acuerdo al tratamiento aplicado desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual: de los cuales los resultados obtenidos en primera instancia fueron evaluados mediante los cuestionarios de avance psicoterapéutico (véase anexo I) presentándose de la siguiente forma en la tabla No. 1.

NIÑOS			ADOLESCENTES			ADULTOS		
No. paciente	PTS	STATUS	No. Paciente	PTS	STATUS	No. paciente	PTS	STATUS
1	89	Cambio moderado	1	90	Cambio moderado	1	83	Cambio moderado
2	119	Solución problemática	2	85	Cambio moderado	2	95	Solución problemática
3	83	Cambio moderado	3	100	solución problemática	3	86	Cambio moderado
4	95	solución problemática	4	109	Solución problemática	4	112	solución problemática
5	99	solución problemática	5	45	Sin cambio	5	105	Solución problemática

(Tabla No. 1)

En la tabla se muestran tres columnas señalando el tipo de paciente que fue atendido y en cada una de ellas el número de paciente, su puntuación en el cuestionario de avance

psicoterapéutico y el status que le corresponde de acuerdo a sus puntos. De acuerdo con estos resultados observamos lo siguiente:

a).- En los niños se obtuvieron cambios satisfactorios en la resolución de los conflictos presentados al principio del tratamiento (dos con cambio moderado y tres con solución de la problemática). esto se debe a que el tratamiento aplicado fue el idóneo para manejar las problemáticas presentadas por los pacientes, siendo las más frecuentes las que se relacionan con las dificultades del aprendizaje en la escuela, conflictos con compañeros, maestros, padres y cambios en la escuela. Es importante tener en cuenta que el problema del niño puede ser usado en un conflicto de pareja o familiar en las llamadas coaliciones o alianzas, donde el problema del niño ayuda a mantener en un ciclo repetitivo los conflictos de los adultos implicados. Y es aquí donde los padres deben reflexionar del daño que están ocasionando a su hijo.

Además hay que aclarar que el niño en esta etapa es manipulable, ya sea con premios y/o castigos.

En la atención infantil el tratamiento con terapias de consejo conductual para familiares me resultó eficaz puesto que al sensibilizar a la familia sobre el daño que se estaba ocasionando al niño se obtuvo el apoyo de la misma para la obtención de los resultados ya descritos anteriormente.

Con la terapia de reestructuración cognitiva se pudo lograr, que los niños no asumieran responsabilidades que no eran suyas, pero que las que les correspondían las enfrentarán. Porque ellos llegaban a consulta responsabilizándose de todo lo malo que pasaba dentro de su hogar.

Para finalizar me gustaría comentar que, en muchas ocasiones, el simple hecho de asistir a terapia puede proporcionar el efecto positivo que andamos buscando. Como el niño sabe que deberá responder ante el psicólogo, ya se ve forzado a realizar una serie de cambios que de otra forma posiblemente no haría; además sabe que el terapeuta habla con sus padres y que éstos le van a explicar todo lo que ha sucedido durante la semana. Por otro lado tenemos el hecho de que en el psicólogo encuentran una persona

que escucha y comprende sus dudas, miedos, les muestra afecto, pueden confiar en el y sobretodo que actúa de una manera totalmente diferente a la que ellos esperan y están acostumbrados.

En muchas ocasiones se observa una demanda por parte de los niños, para que les ayude en momentos difíciles en los que deben enfrentarse a sus padres por algún motivo y no saben cómo hacerlo. Con esto lo que quiero decir es que los padres aprenden a comprender mejor a sus hijos, entienden el porqué de sus comportamientos y se sienten más útiles cuando por fin alguien les dice cómo pueden ayudarlos. Además tiene una supervisión constante que les presenta los caminos y les permite elegir, que les felicita cuando hacen las cosas bien y que les guía cuando no saben cómo hacerlo. Aún así el niño es el que recibe un mayor beneficio, porque si la terapia funciona y dura un tiempo suficiente, puede serle de gran ayuda para adquirir habilidades de solución de problemas, se les ofrecen muchos recursos "sanos" para afrontar su realidad, se les entiende y se les hace sentir que su problemática no es única, que eso les ha pasado a otros niños antes que a ellos y que, por supuesto, tiene solución. Para mí es una reacción en cadena que todo funcione mejor. Los niños se sienten más fuertes y capaces de controlar su conducta, y por otro lado los padres están menos ansiosos y preocupados por si lo estarán haciendo bien. Todo ello repercute en que la relación sea menos tensa y más productiva para ambos.

Éste sería, en rasgos generales, el trabajo que desempeña el psicólogo con niños día a día. Aunque curiosamente hay meses o épocas del año en que los niños acuden a terapia más nerviosos y alterados de lo normal y eso dificulta y hace más complicada si cabe, decirlo, la tarea del psicólogo.

b).- En cuanto a los resultados con adolescentes se encontró que las puntuaciones de solución de problemática son más altas que en los niños y como se observa en la tabla I se presento un caso sin cambio aparente, dos con cambio moderado y dos con solución de la problemática. Recordemos que esta etapa es considerada como crítica en el

desarrollo del ser humano, por los cambios físicos, emocionales y hormonales que se presentan en ella, aunados al conflicto de decidir que es lo que realizarán con su vida.

Con estos pacientes y en particular con el que no se obtuvo respuesta a la terapia, se puede interpretar que es debido a la idea errónea de que el psicólogo es sólo para locos, además de que creen que la forma en que están dirigiendo su vida es la correcta y que si los juzgan de inadaptados (la familia) es por que no los comprenden y que si acuden a consulta es solo para que en su casa ya no se les moleste, pero da igual lo que el terapeuta haga o deje de hacer.

Con los pacientes que se obtuvo respuesta, moderada o total, la terapia racional emotiva fue efectiva sobre todo en el control de emociones, logrando que el adolescente identificara y comprendiera que no eran los acontecimientos que le sucedían, sino lo que pensaba acerca de esos sucesos los que provocaban las consecuencias (estados de ánimo), y de esta forma poder debatir con pensamientos racionales los irracionales y así tener otro efecto ante los eventos.

Nota: S, es el paciente y T, el terapeuta.

- La terapia racional emotiva fue trabajada de la siguiente manera:

1.- Se le pide a S que realice una lista de acontecimientos que desencadenaran, según él, la razón de su problemática.

2.- Se le explica el modelo ABCDE de Albert Ellis (1995). Este modelo sigue una secuencia que describe tanto el proceso de pensamiento disfuncional como los pasos a seguir para modificarlo:

A- Acontecimiento activador.

B- Sistema de creencias.

Bi- creencia irracional.

Br- Creencia racional.

C- Consecuencias

D- Discusión.

E. Efecto.

Se trabajo también con la desensibilización sistemática que es otra de las técnicas y acompañada de la relajación de Jacobson, como fue manejada con los pacientes, dio excelentes resultados para disminuir los temores y estados de ansiedad que presentaban. Y cuando se trataba de enfrentar al adolescente con algún remordimiento consigo mismo o con alguna persona fue combinada con la terapia de la silla dándome la misma eficiencia.

***** La desensibilización sistemática, la relajación de Jacobson y la técnica de la silla fueron trabajadas como sigue:***

- 1.- Se inicia el entrenamiento en relajación. La técnica que se emplea es la propuesta por Jacobson (1938) por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar.
- 2.- Se procede entonces al entrenamiento en relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: pantorrillas, muslos, abdomen, pecho, brazos, cuello, cara, ojos y mandíbulas.
- 3.- Se continua con la desensibilización sistemática, se le pide a S que no abra los ojos que se concentre y que se imagine que se encuentra en un lindo y hermoso bosque, siguiendo concentrado que ubique una vereda que atraviesa el bosque, camine por la misma, localice una linda y hermosa cabaña y que se acerque a la puerta, pero que no la abra. Hasta aquí se ha enfrentado a S con estímulos agradables y placenteros.
- 4.- Ahora se le enfrenta con estímulos desagradables, sus miedos y temores, de la siguiente manera: al acercarse a la puerta se le indica que T contara hasta tres y después de esto la abrirá y que dentro de la cabaña encontrará lo que más miedo le causa en la vida. Al afrontarlo a su temor se le pide que tenga el valor de enfrentarlo, superarlo, que atraviese hacia el otro lado de la cabaña en donde se encuentra otra puerta (la salida) y salga al bosque.

4.1.- Cuando se utiliza la técnica de la silla, dentro de la cabaña, se le indica que se encuentran dos sillas, una enfrente de la otra, que se sienta en una de ellas y que en la otra se sentará ella misma o la persona que tenga influencia en el conflicto vivido por S. Si es contra ella: se pide que le indique virtudes y lo que no le parece de ella, después que de posibles soluciones a lo que le molesta. Cuando es contra alguien: se pide que se atreva a desligarse de todo vínculo de esta persona, por ejemplo: la esposa que vivió la infidelidad del marido arroja por la ventana todas las pertenencias de este, rompiendo toda influencia de él en su vida.

5.- A continuación se le indica que vuelva a la vereda para que encuentre una fogata y en ella queme todos sus pensamientos negativos, miedos y temores, sacándolos de su mente y echándolos en ella.

6.- Ahora se le indica que volteee hacia su lado derecho y mire una linda y hermosa cascada, que entre en ella (se le pide que sienta como corre por su cuerpo el agua, además que mencione si está fría, templada o caliente) para que limpie su cuerpo de todo lo malo que acaba de quemar.

7.- Luego se pide concentración para que se ubique en el punto más alto de un monte para que sienta: el calor del sol, que le dará la energía para seguir adelante, y la brisa del viento, que dará paz y tranquilidad a su vida.

8.- Por ultimo se le indica que se encuentre flotando en el espacio, aquí T vuelve a contar del 1 al 5, para que S realice sus respiraciones y lentamente abra los ojos.

Algunos síntomas observados en los S's después de realizar esta técnica son: mareo, dolor de cabeza en la mayoría y sólo en uno vomito (presentado después de media hora de haberla terminado) se pregunto a S por algún dato extraordinario y nos refirió que había comido bastante antes de la sesión. Este dato lo tomare en cuenta para futuras aplicaciones.

c).- En los adultos se presentaron estos resultados: dos con cambio moderado y tres con solución de la problemática. Esto se debe a que se han dado cuenta que la forma en que estaban dirigiendo su vida no había sido la correcta, ya que han sufrido las consecuencias de ello, y que al acercarse a la ayuda psicoterapéutica es para encontrar una posible solución a sus conflictos. Lo anterior hace que el paciente se sensibilice rápidamente a la terapia, claro que se encontraron excepciones y no fue fácil brindar el apoyo por lo que significa el cambio en las actitudes y conductas de la persona, ya que algunas no le convienen y creen que les afectan en su manera de vivir.

En los adultos se maneja la terapia racional emotiva, desensibilización sistemática, de la silla, relajación de Jacobson parecido al proceso de los adolescentes, además del entrenamiento asertivo y la reestructuración cognitiva.

***** Las sesiones de entrenamiento asertivo se diseñaron con base en las siguientes**

propuestas:

- A. Se identificaron situaciones que requerían de comportamiento asertivo.
- B. Se estructuraron escenas con la mayor exactitud posible.
- C. Se describieron algunos componentes básicos de las habilidades asertivas.
- D. Se discutían y aclaraban dudas
- E. Se llevaban a cabo ensayos conductuales.
- F. Se repetía el ensayo conductual hasta que S emitiera la respuesta asertiva.
- G. Se programaban tareas en casa para S que le permiten ensayar la nueva respuesta.

Las tareas en las que se trabajaron fueron:

Dar y Recibir cumplidos, conversaciones sociales, identificación de derechos, hacer y rehusar demandas, hacer afirmaciones sin dar explicaciones, enfrentarse a personas persistentes.

Adicionalmente se modelaron cada uno de los componentes de la conducta asertiva, verbales y no verbales (volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal y selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva. Las conductas no verbales centrales en la identificación de una persona como inasertiva son: distancia

física durante la interacción, postura, movimientos corporales, contacto visual y expresión facial o gesticulaciones).

El comportamiento no asertivo o pasivo se describe como la negación de los derechos propios y la expresión de los sentimientos de uno mismo. Usualmente incluye expresiones formuladas de manera indirecta que favorecen las malas interpretaciones.

El comportamiento asertivo se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los sentimientos de los demás y facilita la comunicación.

A continuación se procedía a representar escenas que mostraban los tres tipos de comportamiento. Posteriormente se describían una serie de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe. Después, se le explicaba a S el papel que juegan los pensamientos irracionales en el comportamiento asertivo. Se le presentaban algunos ejemplos típicos de pensamientos distorsionados que suelen acompañar a la incompetencia social:

- 1) "Si digo como me siento realmente, no les voy a gustar y eso sería insoportable."
- 2) "Mi opinión no es realmente lo suficientemente importante como para decirle algo."
- 3) "No debería tener estos sentimientos, así que más vale que me los guarde para mí." Por otro lado, se explicaban a S los componentes no verbales de la conducta asertiva:

Contacto visual. Es muy importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia de contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como "estoy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".

Tono de voz. Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Éste da la impresión de inseguridad y/o temor, además de que puede distraer al receptor y/o ponerlo a la defensiva.

Postura. Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida, ni demasiado relajada, que podría malinterpretarse como poco respetuosa.

Expresión facial. Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo es que la expresión de la cara no sea congruente con lo que se está diciendo, como sonreír mientras se afirma "esto me enfurece".

Tiempo. La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. Es probable que el jefe responda de una manera poco favorable a una petición de aumento, independientemente de lo bien que se haya construido la solicitud, si se ve abordado precipitadamente antes de entrar a una reunión importante.

Contenido. Todos los componentes asertivos mencionados anteriormente pueden ser inútiles si el contenido del mensaje es amenazador, agresivo o ambiguo.

Una vez concluida la explicación de los componentes de la conducta asertiva se llevará a cabo un ejercicio de autoanálisis racional. En éste se solicitaba a S que hiciera una descripción por escrito de alguna situación en la que quisiera comportarse asertivamente pero que le resulta difícil debido a algún miedo u otra emoción intensa que no le permite hacerlo. En seguida se le pedía que exteriorizara los pensamientos negativos que vienen a su mente cuando intentara responder asertivamente. Después se le recordaba el procedimiento de desafío de pensamientos negativos y así cambiar el mensaje:

a) Identificando el defecto de la idea.

- ¿es cien por ciento cierta esta idea?

b) Las implicaciones de la conducta.

- Aunque sucediera lo que tanto temo, ¿es catastrófico? ¿puedo enfrentarlo?

No está de más señalar que no se intentaba sustituir los pensamientos irracionales por otros poco realistas o irresponsables; los desafíos racionales evalúan cuidadosamente la situación y se reconoce de manera razonable los posibles resultados.

****** *La reestructuración cognitiva fue aplicada de la siguiente manera:***

El primer paso en esta técnica es identificar en qué momento y situación estamos pensando de esta manera, una vez descubierto el pensamiento negativo, por ejemplo, una afirmación pesimista de sí mismo, del futuro o de la vida en general, el siguiente paso es analizar dicho pensamiento: ¿existe la certeza de que eso es realmente lo que está ocurriendo?, ¿existe alguna otra explicación posible?. Sin embargo, no se trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino que se requieren reconocer y examinar las circunstancias que en el pasado han acompañado tales estados emocionales problemáticos, con el fin de analizarlos, cuestionarlos y generar alternativas para modificarlos.

Asimismo, se le explicaba a S. lo que son los pensamientos automáticos, se le describe como aquellos pensamientos surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a como hemos sido tratados por los demás, lo que se nos ha dicho sobre nosotros mismos y a nuestras experiencias generales de la vida.

Se le ilustraba a S a partir de casos reales cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se le describían situaciones problema y los pensamientos acompañantes a modo de narración y posteriormente se le explicitaban los pensamientos negativos automáticos para concentrarse en ellos. Se resolvían sus dudas y se le proporcionaba el material para las tareas en casa. Identificar pensamientos negativos en situaciones de la vida cotidiana y sustituirlos por ideas y consecuencias positivas.

Con los resultados anteriores se demuestra que la terapia cognitivo conductual es efectiva como proceso terapéutico y además nos permite confirmar la hipótesis alterna

que indica: *“La ayuda psicoterapéutica cognitivo conductual es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida”*. Y descarta la hipótesis nula: *“La ayuda psicoterapéutica cognitivo conductual no es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida”*.

La hipótesis se confirma estadísticamente utilizando el coeficiente de correlación no paramétrico “C” de Cramer, que comprueba que el valor de $X^2=1.584$ con $gl=4$ es mayor al valor teórico de las tablas $X^2=.786$, entonces el nivel de significancia para la “C” de Cramer está más allá del nivel alfa de .001. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

CONCLUSIONES.

La psicología cognitivo conductual, marco teórico en esta tesis, nos ayudó a demostrar el objetivo de este trabajo. El cual era afirmar que la ayuda psicoterapéutica en especial la de esta corriente es una herramienta útil para la resolución de conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de la vida.

Apoyándonos en los resultados obtenidos en el manejo de los 15 casos expuestos, a los puntajes de los cuestionarios contestados por cada uno de los pacientes y procesados estadísticamente con el coeficiente de correlación no paramétrico "C" de Cramer, rechazamos la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna *"La ayuda psicoterapéutica cognitivo conductual es una herramienta útil para la resolución de los conflictos que vive el ser humano en las diferentes etapas de su vida"*.

A partir de los tratamientos trabajados en la tesis podemos concluir que:

En el tratamiento de niños los resultados fueron muy favorables, aunque es importante recalcar que dentro de la terapia los padres y/o familiares juegan un papel muy decisivo en la búsqueda de las alternativas de solución del conflicto del niño, porque muchas veces es en la relación familiar donde se origina el conflicto. Hay que apuntar algo trascendental, ya que los padres presentan a su hijo a terapia creyendo que él es el del problema, pero la experiencia nos dice que los padres son factores primordiales para el comportamiento de los hijos, ya que éstos identifican e imitan conductas que realizan los padres en su convivencia diaria.

Hemos observado que los padres y/o familiares con sus supersticiones, mitos y costumbres sugestionan al niño; éste con su gran imaginación crea e inventa a seres grotescos y fantásticos que a la postre son una de las salidas que le sirven para justificar

sus conductas negativas, por ejemplo: “Cuando los padres le piden al niño que haga alguna cosa, cuando no lo hace lo amenazan con la presencia del hombre del costal, el coco, el duende, el demonio, etc. Y te va a jalar las patas o te lleva con él. Los niños inventan a estos seres y los culpan de las travesuras (cosas: rotas, perdidas, etc.) que ellos hacen y que llegan a convertirse en conductas recurrentes”.

Hay que tener en cuenta que los niños en esta etapa son el reflejo de lo que sucede a su alrededor y que a veces les permitimos que realicen ciertas conductas, actividades o por ejemplo cuando se les pide que no mientan, no peguen, no digan groserías¹, que respeten a sus semejantes, etc., pero se les ha permitido o reforzado. Para el niño, esto puede ser contradictorio porque en la casa existen personas mayores que conviven con ellos que lo hacen, y más aún frente del niño, como: “La madre que cuando alguien la va a buscar y por X razón no quiere ver, le pide a su hijo que le diga a la persona que no está, ¡le enseña a mentir!. El padre que le pide a su hijo que respete y no ofenda a las mujeres, él mismo que golpea, grita y ofende a su esposa frente del niño, ¡le enseña a ser violento!. Y así podríamos continuar con más situaciones que sirven de modelo al niño pero que al mismo tiempo se le castigan cuando alteran el orden en la casa, en la escuela o en otros lugares.

Por estos puntos es necesario que los familiares del niño (paciente) reflexionen y participen en la terapia, que acepten su participación en la problemática y estén dispuestos para encontrar más rápido las alternativas al conflicto. Y afirmo que gracias a la cooperación de los parientes me resultó más eficiente el tratamiento y en los casos en que los padres no mostraban interés en la terapia, ésta no avanzaba en forma satisfactoria.

1.- Cuando se le menciona a cualquier persona la palabra “no”, y más aún a un niño, esta la toma como un reto, así que hay que tener mucho cuidado con la utilización de la misma

En el caso del tratamiento con adolescentes y adultos se puede concluir que los resultados son satisfactorios.

Sí el paciente asiste por si sólo o acompañado de un familiar a la terapia y además acepta que necesita el apoyo psicológico, porque reconoce que en su vida existe un conflicto para el cual la solución aplicada no le ha permitido integrarse a su ambiente en forma adecuada.

Cuando el paciente asiste a la terapia sin la firme convicción de que necesita del apoyo psicológico y solamente lo hace por el compromiso o por que lo mandaron la terapia no funciona, recuérdese que el papel del psicólogo no es el de convencer sino de apoyar al paciente en la búsqueda de las posibles soluciones a su conflicto.

En ambos puntos juega un papel muy importante el apoyo de las personas que conviven con el paciente para la resolución de los conflictos, ya que el individuo responde mejor a la terapia cuando siente y piensa que es importante estar bien con aquellos seres que le rodean.

En los tres tipos de pacientes encontramos que la raíz principal de la mayoría de sus conflictos es la conducta de una o varias personas que conviven con ellos. Aquí es importante señalar y explicar al paciente que es muy difícil tratar de cambiar el comportamiento del ser humano y más aún cuando este cambio (como todos los cambios producen un desgaste o resistencia en el individuo) altera su vida diaria.

En este apartado me gustaría dejar patente la gran importancia que puede llegar a tener el hecho de iniciar un tratamiento terapéutico. Considero que ya sea un niño, un adolescente o un adulto, el asistir a terapia no sólo favorece al sujeto en cuestión, sino a las personas que lo rodean. En cualquier tipo de paciente, todo su entorno se ve beneficiado. Con esto, lo que quiero decir es que el paciente aprende a comprender mejor el ambiente que lo rodea, entiende el porqué de sus comportamientos y siente que

es más útil cuando por fin alguien (el terapeuta) les enseña cómo puede ayudarse. Además tienen una supervisión constante que les apoya a buscar cuál es el mejor camino.

Como se ha observado, el desarrollo del modelo cognitivo-conductual favorece la conceptualización multidimensional del fenómeno clínico. Por lo tanto, es importante que el terapeuta analice y modifique el estilo de pensamiento del paciente, ya que el papel de los procesos cognitivos en algunos desórdenes emocionales proporciona importante información respecto al método de cambio conductual usado.

Al respecto, Hamberger y Lohr (1984), señalan, que la habilidad para anticipar y cambiar lo que el cliente se dice a sí mismo, es un importante componente del proceso de autocontrol, este proceso está diseñado para modificar los componentes cognitivos y conductuales de los patrones de respuesta inadecuados.

Las técnicas cognitivo-conductuales, son una forma de psicoterapia breve y estructurada, en la que se enseña a los pacientes una variedad de técnicas que les ayudan a afrontar problemas de ansiedad y depresión, entre otros (McKain, 1993).

El reporte de mi trabajo terapéutico puede tener aportaciones en distintos niveles, en este caso considero que al público en general le permite identificar y aceptar a la psicoterapia cognitivo conductual como una buena opción para la solución de sus conflictos, ya que por el trabajo expuesto se ha comprobado su eficacia. Gracias al tratamiento empleado con estos pacientes y a la forma en que se llevó a cabo, se obtuvieron resultados satisfactorios, aunque también debe considerarse que los pacientes mostraron la disposición y no lo percibieron como una pérdida de su dinero y su tiempo; otro aspecto que se ha derivado de la atención recibida es la recomendación que los usuarios han hecho sobre el servicio. Además de que comprobaron que por más

complicado que sientan un conflicto, éste tiene solución y que solo basta que ellos se decidan a salir del mismo.

Otra de las aportaciones que surgen del presente trabajo se dirige al profesional de la Salud Mental en el entendido de que este escrito puede servir como fuente bibliográfica que se puede consultar y servir como guía para su ejercicio profesional en la atención de casos con problemáticas similares a los que se exponen en este trabajo, cuando perciba que los tratamientos manejados pueden ser una opción de solución para su paciente. Es importante además tener en cuenta que al aplicar métodos clínicos las técnicas de evaluación y tratamiento serán más efectivas. Si el terapeuta posee las habilidades y conocimientos en su aplicación en especial, si existe una respuesta asertiva y empática al proponer al paciente un cambio (que en ocasiones no le gusta y no le conviene realizar) porque alterará su vida cotidiana. Algo importante que quiero enfatizar es que el profesional de salud mental, además ayudar al paciente en terapia debe de proporcionar las herramientas necesarias para que al término del tratamiento terapéutico, éste pueda resolver sus conflictos, sin la necesidad de asistir a terapia nuevamente.

Para finalizar estas conclusiones se debe mencionar como una aportación más, la experiencia personal que he adquirido en el manejo de conflictos en las tres diferentes etapas que vive el ser humano, así como la satisfacción que da el participar con las personas para encontrar, juntos, una posible solución a sus conflictos, pero también pude comprender y aceptar que muchas veces el paciente toma la decisión de abandonar la terapia (cuando no está convencido de ella) argumentando “Que solamente está perdiendo su tiempo y dinero, y que la psicología no servía para nada”. Todo esto me permitió comprender que al inicio de la terapia, es de suma importancia buscar el compromiso del paciente, lo cual se logrará si se toman en cuenta dos aspectos: 1) que

esté convencido de la necesidad de apoyo psicológico para solucionar sus conflictos, y 2) que esté dispuesto al cambio para la resolución de los mismos.

Haber tenido la oportunidad de realizar este trabajo me reafirmó mi vocación de servicio y atreverme a decir *“El psicólogo estudia al ser humano, para ser humano”*.

Las limitaciones que tiene este trabajo son: 1) el cuestionario utilizado para la evaluación del avance terapéutico al ser diseñado especialmente para la tesis no está estandarizado, y 2) faltan detalles en la presentación de datos de los registros de los pacientes.

Los alcances del trabajo son: 1) aunque el cuestionario no está estandarizado los resultados son observables y medibles por la respuesta al tratamiento por parte de los pacientes, y 2) la falta de datos no fueron obstáculo para el funcionamiento de la terapia.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE AVANCE PSICOTERAPÉUTICO.

Por favor conteste el siguiente cuestionario lo más sincero posible. Sus respuestas serán tomadas de manera confidencial.

PREGUNTA	SI	NO	ALGUNAS VECES
1.- El tipo de conflicto que lo llevo a la ayuda psicoterapéutica, ¿Lo consideraba difícil de solucionar ?			
2.- Después de haber recibido la ayuda psicoterapéutica, ¿ El conflicto sigue siendo considerado por Ud. difícil de solucionar?			
3.- Gracias a la ayuda psicoterapéutica y a su disposición, ¿ Ha notado mejoría en su conflicto?			
4.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Siento que nadie me comprende ?			
5.- Gracias a la terapia recibida, ¿ Si usted tuviera que abandonarla en este momento la terapia, le sería fácil sobrellevar su conflicto ?			
6.- Debido a la terapia recibida, ¿ Usted ha notado una mayor convivencia en su relación de pareja ?			
7.- Gracias a la terapia recibida, ¿ Tengo deseos de abandonar mi hogar ?			
8.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Usted ha notado una mayor convivencia en su relación con su familia ?			
9.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Siento deseos de maldecir a las personas ?			
10.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Raras veces me preocupo por mi salud ?			
11.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Siento deseos de destruir las cosas ?			
12.- Hoy tengo mejor razonamiento que antes			
13.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Me considero una persona sociable ?			
14.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ la mayor parte del tiempo me siento triste ?			
15.- Cree que la ayuda psicoterapéutica ha sido la correcta, para el manejo de su conflicto			
16.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ No tengo confianzas en mi mismo ?			
17.- Debido a la terapia recibida, ¿ Usted ha notado una mayor convivencia en su relación en su trabajo ?			
18.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ No me parece importante lo que me pase ?			
19.- ¿ Usted recomendaría la ayuda psicoterapéutica a otras personas que se encontraran ante un conflicto psicológico ?			
20.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Siento que alguien me tiene mala voluntad ?			

PREGUNTA	SI	NO	ALGUNAS VECES
21.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ La critica o el regaño me hiere profundamente ?			
22.- ¿ Ha notado algún cambio considerable en su persona, gracias a la terapia ?			
23.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Sigo llorando con facilidad ?			
24.- Tras de haber recibido la terapia, ¿ Me preocupo por mi aspecto ?			
25.- ¿ Cree usted, que de no haber recibido ayuda psicoterapéutica, hubiera podido resolver solo su conflicto ?			

Observaciones: _____

TABLA DE PUNTUACIONES POR ITEM.

- 1.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 2.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 3.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 4.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 5.- SI-5, NO-3, ALGUNAS VECES-0.
- 6.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 7.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 8.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 9.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 10.- SI-0, NO-3, ALGUNAS VECES-5.
- 11.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 12.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 13.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 14.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 15.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 16.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 17.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 18.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 19.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 20.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 21.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 22.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 23.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.
- 24.- SI-5, NO-0, ALGUNAS VECES-3.
- 25.- SI-0, NO-5, ALGUNAS VECES-3.

RANGOS DE PUNTUACIÓN PARA EL TIPO DE RESPUESTA.

Solución de la problemática de 91 a 125 pts.

Solución moderada de 51 a 90 pts.

Anexo 2

PROTOCOLO DEL TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES DE SACKS
(SSCT).

Hora de iniciación. _____

Hora de finalización. _____

Nombre _____ sexo. _____

Edad _____ Fecha _____

Instrucciones: A continuación figuran sesenta frases incompletas. Lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje con la mayor rapidez posible. Si no puede completar un ítem, encierre el número en un círculo y vuelva a el más tarde.

1. Pienso que mi padre rara vez _____
2. cuando llevo las de perder _____
3. siempre quise _____
4. si yo tuviera autoridad _____
5. el futuro me parece _____
6. los hombres que son mis superiores _____
7. sé que es tonto, pero tengo miedo de _____
8. pienso que un verdadero amigo _____
9. cuando era niño _____
10. mi idea de una mujer perfecta _____
11. cuando veo a una mujer y a un hombre juntos _____
12. comparada con la mayoría de las familias, la mía _____
13. en el trabajo me llevo mejor con _____
14. mi madre _____
15. haría cualquier cosa por olvidar la vez _____
16. ojalá mi padre _____
17. creo que tengo capacidad para _____
18. sería completamente feliz si _____
19. si tuviera gente trabajando para mí _____
20. anhele _____
21. en la escuela, mis maestros _____
22. la mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de _____
23. no me gusta la gente que _____
24. antes de la guerra, yo _____
25. creo que la mayoría de las chicas _____

26. mi opinión sobre la vida matrimonial es _____
27. mi familia me trata como _____
28. las personas con las que trabajo son _____
29. mi madre y yo _____
30. mi mayor error fue _____
31. quisiera que mi padre _____
32. mi mayor debilidad es _____
33. mi ambición secreta en la vida _____
34. la gente que trabaja para mí _____
35. algún día yo _____
36. cuando veo venir a mi jefe _____
37. quisiera perder el temor de _____
38. la gente que más me gusta _____
39. si fuera joven otra vez _____
40. creo que la mayoría de las mujeres _____
41. si tuviera relaciones sexuales _____
42. la mayoría de las familias que conozco _____
43. me gusta trabajar con personas que _____
44. creo que la mayoría de las madres _____
45. cuando era más joven, me sentía culpable por _____
46. siento que mi padre es _____
47. cuando la suerte me es adversa _____
48. cuando doy ordenes a los demás yo _____
49. lo que más quiero de la vida _____
50. cuando sea más viejo _____
51. las personas a la que considero mis superiores _____
52. mis temores me obligan a veces a _____
53. cuando yo no estoy cerca, mis amigos _____
54. mi recuerdo infantil más vivido _____
55. lo que menos me gusta en las mujeres _____
56. mi vida sexual _____
57. cuando era niño, mi familia _____
58. las personas que trabajan conmigo habitualmente _____
59. me gusta mi madre, pero _____
60. lo peor que hice hasta ahora _____

Anexo 3

TIPO DE RESPUESTA				
TIPO DE PACIENTE	SIN CAMBIO	CAMBIO MODERADO	SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	TOTALES
ADULTO		Fo=2 Fe=2	Fo=3 Fe=2.666	5
ADOLESCENTE	Fo=1 Fe=.333	Fo=2 Fe=2	Fo=2 Fe=2.666	5
NIÑO		Fo=2 Fe=2	Fo=3 Fe=2.666	5
TOTALES	1	6	8	15

Anexo 4

OBSERVACIONES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
CONDUCTAS NEGATIVAS PRESENTADAS POR EL PACIENTE							
RESPUESTA DEL FAMILIAR A LA CONDUCTA							
CONDUCTAS POSITIVAS OBSERVADAS EN EL PACIENTE							
RESPUESTA DEL FAMILIAR A LA CONDUCTA							

Anexo 5

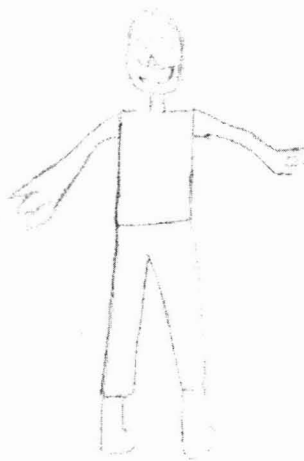
A continuación se le pide por favor que lea y reflexione los siguientes puntos para que acepte su valor como ser humano:

- a.- En primer lugar estoy vivo. Esto es perfectamente evidente y observable.
- b.- En segundo, elijo permanecer vivo, ¿Por qué?, simplemente porque elijo hacerlo.
- c.- En tercero, deseo mientras esté vivo, vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer. Porque eso parece conducir a que yo permanezca vivo y porque, sencillamente, me gusta ser dichoso más bien que desdichado.
- d.- En cuarto, déjenme ver cómo me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo.

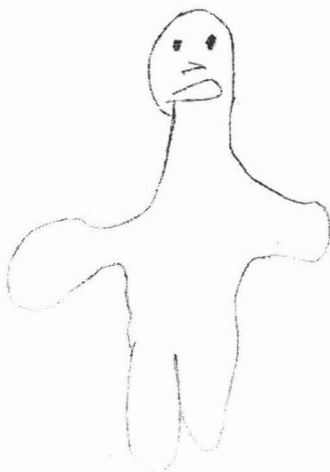
Además considere que para poder efectuar un adecuado cambio filosófico es necesario que las personas:

- 1) Se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas.
- 2) Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
- 3) Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
- 4) Detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
- 5) Refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
- 6) Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
- 7) Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de su vida.

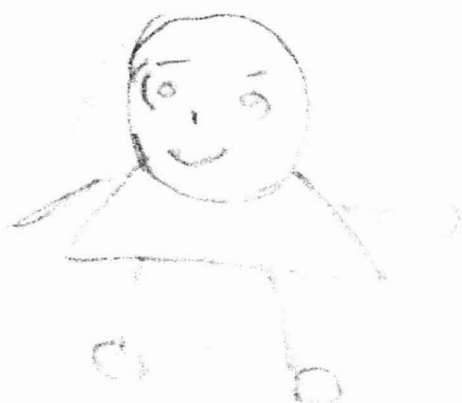
ANEXOS PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA



4.2.1.1



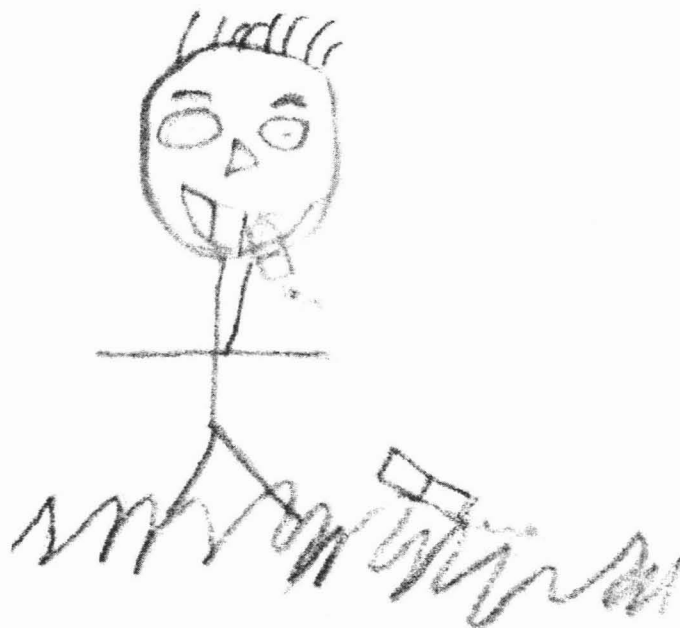
4.2.1.2



4.2.1.3



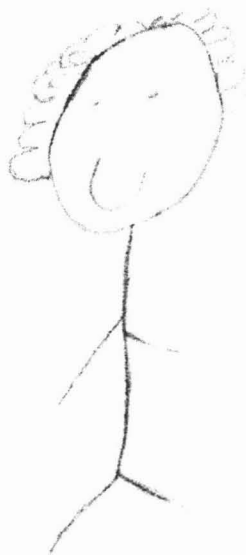
4.2.1.4



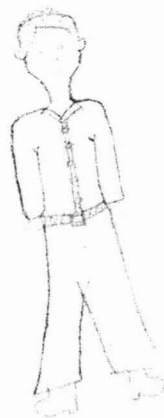
4.2.1.5



4.3.1.1



4.3.1.2



4.3.1.3



4.3.1.4



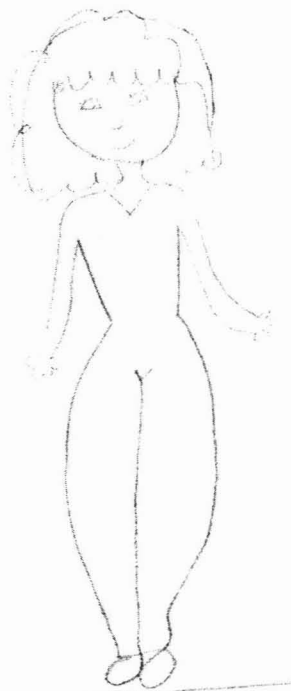
4.3.1.5



4.4.1.1



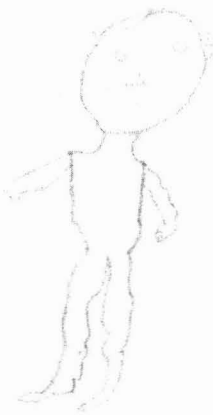
4.4.1.2



4.4.1.3



4.4.1.4



4.4.1.5

BIBLIOGRAFÍA.

- Arieti, S. y Bemporado, J. (1990), "Psicoterapia de la depresión", Ed. Paidós, México.
- Bastin, G. (1979). "Diccionario de psicología sexual", Ed. Herder, Barcelona.
- Beck, A. T., (1985) "Terapia cognitiva, terapia conductual. psicoanálisis y farmacoterapia un continuo cognitivo ". En M. j. Mahoney y Freeman "Cognición y psicoterapia". Ed. Paidós, México.
- Beck, A. T., Freeman, A. (1995) "Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad". Paidós, Madrid.
- Beck, A. T., John. R., Brian. F. (1983) "Terapia cognitiva de la depresión ".Desclee de Brouwer, España.
- Bellack, L. Siegel. H. (1986) "Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia". Manual Moderno, México.
- Bellack. L. y Bellack S. (1971), "Test de apercepción infantil (CAT) ". Ed. Paidós. 9ª. Edición, Buenos Aires.
- Caballo, V. (1991), "Manual de Técnicas de Terapia y modificación de conducta", México Siglo XXI. México.
- Calderon, G. (1984). "Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento". Ed. Trillas. México.
- Contreras, N. (2001) "Violencia Sexual: prevención y tratamiento", tesis, maestría.
- Delval, Juan (1994) "El Desarrollo Humano", Editorial siglo XXI, Madrid, España.
- Diccionario de Medicina Océano Mosby.
- Diccionario Encarta 2004.
- Downie, M.N. y Heat. R. (1973) "Métodos Estadísticos Aplicados",. Ed. Harla. México. D.F.

- Dryden, W. y Ellis, A. (1989) "Practica de la terapia Racional Emotiva ", Desclee de Brouwer, España.
- Ellis, A. (1995) "Desarrollando los ABC de la terapia racional emotiva". En M.j. Mahoney "Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y practica ".Desclee de Brouwer, España.
- Ellis, A. (1995)" Reflexiones sobre la terapia racional emotiva ". En M.j. Mahoney "Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y practica ".Desclee de Brouwer, España.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1980) "Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad". PAX México. México.
- Ellis, A. Y Grieger, R. ,(1990) "Manual de terapia racional emotiva ". Volumen2. D.D.B. Bilbao.
- Ellis, A. Y Grieger, R. (1990) "La terapia racional emotiva y la terapia cognitivo conductual; similitudes y diferencias ". En Ellis, A. "Manual de terapia racional emotiva ".Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Ellis, A. y Michael, E.B. (1990)"¿Qué es la terapia racional emotiva? En Ellis, A. "Manual de terapia racional emotiva ". Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Elorza H. (1987) "Estadística para ciencias del comportamiento", Ed. Harla, México.
- Fernández, A. (1992) "Fundamentos de un Modelo integrativo en psicoterapia", Paidos, México.
- Fernández, V. (1981). "Psicoterapia Estratégica". Ed. Paidos, España.
- Fowler, D; Garety, P. y Kuipers, E. (1995) "Cognitive behavior therapy for psychosis: Theory and practice", Wiley, Inglaterra.
- Frojan, P. (1998) "Consultoria Conductual", Pirámide, Madrid.
- Gardner, H. (1996). "La Nueva Ciencia de la Mente", Ed. Paidos, Barcelona.

- Guidano, V.F. (1994) "El sí mismo en proceso", Paidós, Barcelona,.
- Hamberger, L. K. y Lohr, J. M. (1984). "*Stress and Stress Management. Research and Applications*". Springer Publishing Company, New York.
- Harre, R. y Lama, R. (1992). "Diccionario de psicología Social y de la Personalidad". Ed. Paidós 1ª. Edición. España.
- Heyes, C. y Huber, L. (2000) "The Evolution of Cognition", The Mit Press. Inglaterra.
- Jacobson, E. (1938) "*Progressive Relaxation*". Chicago Press.
- Kaplan, H.I. y Sadick, B.J. (1992) "Tratado de Psiquiatría", Masson-salvat,.
- Kazdin, A. (1996) "Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas". Manual Moderno, México.
- Keit, S. y Franche, R. (1991) "La practica de la terapia cognitiva". En V.E. Caballo "Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta", siglo XXI, México.
- L. E. ABT y L. Bellack (1967) "Psicología proyectiva "Cap. "El dibujo de la figura humana como test proyectivo" Ed. Paidós, 1ª: Edición, Buenos Aires.
- L. E. ABT y L. Bellack (1967) "Psicología proyectiva "Cap. "El test de frases incompletas" Ed. Paidós, 1ª: Edición, Buenos Aires.
- Lazarus, A.A. (1983) "Terapia Multimodal ", IPPEM, México.
- Lewinsohn, P. y Hoberman, T. (1985). "Una Teoría Integrada a la Depresión". New York.
- Linn, S. y Garske, P. (1989) "Psicoterapias Contemporaneas", Descleé de Brouwer. Madrid
- López, G. (2002) "El constructivismo en psicología", Artículo electronico disponible en: <http://capi.tripod.com.ar/capi/id7.html>.
- Machover, K. "Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana "
- Mahoney M.J. (1977) Personal science: a cognitive learning therapy. En A. Ellis y Grieger R. (Eds) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Nueva York: Springer.

- Marvin, G. (1996) "De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de integración". Descleé de Brouwer, Bilbao.
- McKain, T. L. (1993). "Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento y Terapia Cognitiva-Conductual". En Sank L. I. y Shaffer, L. I." *Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos*". Descleé de Brouwer, España.
- Meichenbaum, D. (1995) "Cambios en las concepciones de la modificación de la conducta cognitiva: pasado y futuro". En Mahoney, M. "Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica", Descleé de Brouwer, España.
- Murray, H. A. (1977) "Test de Apercepción Temática (TAT) ". Ed. Paidós 9ª: edición. España.
- Procter, H. (1981) "Family construc Psychology: An aproach to understating and methidological familias", tesis no publicada.
- Rodríguez, E. M. (1989) "Manejo de Conflictos ". Manual moderno 2ª: edición, México. D.F.
- Rowan, J. (1979) "Colección Científica de Time-life; La mente ". Ed offset multicolor. México, D.F.
- Ruíz S. y Imbernón G. (1999) "Psicoterapia Cognitiva de Urgencia". ESMD-UBEDA. primera edición.
- Safran, J. Segal, Z. (1994), "El proceso interpersonales la terapia cognitiva". Ed.Paidós. Barcelona.
- Slaikau, K. (1996) "Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación". Manual Moderno, México.
- Slaikau, K.A. (1998) "Intervención en Crisis", Manual Moderno, México.
- Sullivan, H. (1953), "La Teoría interpersonal de la Psiquiatría", New York.
- Zinser O. (1987) "Psicología Experimental", Mc Graw Hill, México.

- Zlachevsky, O. (1996) "Una mirada constructivista en Psicoterapia", revista Terapia Psicológica. Año XIV Vol. VI, No. 26, México.