



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía y Letras

Escuela de Psicología Clínica

**“FASES DEL PROCESO DE LA TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL DE BECK”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo Clínico

Autor: Ligia Rojas

Director: Dr. Juan Aguilera

**Cuenca, Ecuador
2007**

Le dedico este trabajo a mi mamá por entregarme su vida sin esperar nada a cambio, por hacer de mi lo que soy ahora y por enseñarme a luchar para alcanzar mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

Recuerdo a aquellas personas que han colaborado conmigo para poder llegar al final de mi carrera. Gracias a mis profesores por todos los conocimientos que me brindaron, por su comprensión y esfuerzo para que pueda llegar a ser una buena profesional. Gracias a mis compañeros por ser parte de mi vida y por luchar juntos por cumplir nuestras metas. Quisiera agradecer de manera especial al Centro de Reposo y Adicciones, por apoyarme incondicionalmente abriéndome sus puertas cuando lo he necesitado, sobre todo para realizar esta monografía.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	1 pág.
Agradecimientos.....	2 pág.
Índice.....	4 pág.
Resumen.....	6 pág.
Abstract.....	7 pág.
Introducción.....	8 pág.

CAPITULO 1

Conceptos Y Principios Básicos De La Terapia Cognitiva Conductual

Introducción.....	9 pág.
Definición de terapia cognitiva.....	9 pág.
Supuestos básicos.....	11 pág.
Principios generales.....	12 pág.
Conceptos fundamentales.....	12 pág.
Conclusiones.....	17 pág.

CAPITULO 2

Primera Fase del Proceso Terapéutico: Evaluación, Conceptualización y Estructuración de las Sesiones

Introducción.....	18 pág.
Evaluación.....	18 pág.
Métodos generales de la evaluación.....	19 pág.
Conceptualización cognitiva del caso.....	21 pág.
Estructura de las sesiones.....	24 pág.
Conclusiones.....	29 pág.

CAPITULO 3

Segunda fase del proceso terapéutico: aplicación de técnicas y sus principios básicos

Introducción.....	30 pág.
Principios Básicos.....	30 pág.
Técnicas de tratamiento.....	32 pág.
Técnicas cognitivas.....	32 pág.
Técnicas conductuales.....	37 pág.
Conclusiones.....	43 pág.

CAPITULO 4

Tercera fase del proceso terapéutico: terminación del tratamiento y prevención de recaídas

Introducción.....	44 pág.
Terminación de la terapia.....	44 pág.
Prevención de situaciones de riesgo.....	48 pág.
Conclusiones.....	49 pág.

CAPITULO 5

Presentación de un caso clínico

Introducción.....	50 pág.
Evaluación.....	50 pág.
Conceptualización cognitiva del caso.....	57 pág.
Tratamiento.....	63 pág.
Conclusiones.....	67 pág.
Conclusiones.....	68 pág.
Bibliografía.....	69 pág.

RESUMEN

El presente trabajo es una revisión bibliográfica acerca de las fases que componen el proceso de la terapia cognitiva desde la perspectiva de Aaron Beck. Los objetivos que se persiguen con la elaboración de esta monografía son: conocer los conceptos y principios básicos de la terapia cognitiva, conocer cómo se estructuran cada una de las etapas del proceso, aprender estrategias y técnicas específicas aplicadas en la corriente cognitiva conductual, aprender a conceptualizar en términos cognitivos, y por último ilustrar la teoría a través de la presentación de un caso clínico, razón por la cual se eligió un paciente con diagnóstico de Trastorno de dependencia al alcohol internado en el Centro de Reposo y Adicciones de Cuenca.

ABSTRACT

The present work is a bibliographic research about the phases that compose the perspective of Aaron Beck's work. The objectives of this monographic research are: Know the concepts and the basis of his theory, as well as each one of its stages. To learn strategies and specific techniques to be used on each one of the applied aspects of the process. To learn the correct use of the terms and to illustrate the theory through the presentation of a clinical paper. Hence the selection of a patient with a alcoholic dependency from the "Centro de Reposo y Adicciones" in Cuenca for this research.

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva desde el modelo de Beck cuenta con un respaldo científico y metodológico suficiente y relevante para servir de modelo general. Es una forma de tratamiento eficaz para diferentes perturbaciones psicológicas, ya que tiene como características principales ser un enfoque estructurado y breve, centrado en resolver la problemática presente y a modificar pensamientos y conductas disfuncionales. Este tipo de terapia es aplicable a pacientes con distintos niveles de educación, ingresos y estrato social, en formato individual, grupo, pareja y familiar.

Es muy importante para un terapeuta conocer a profundidad el proceso que conlleva realizar la terapia, es por eso que este trabajo se ha enfocado en especificar claramente cada uno de los pasos que deben tomarse en cuenta, cabe recalcar que dichas fases no son rígidas, pueden modificarse algunos aspectos según el caso que se este tratando, sin embargo sirven como guía para el terapeuta.

El trabajo que se presenta a continuación tiene como finalidad principal llegar una mejor comprensión de la terapia cognitiva de Beck, es por eso que se ha dividido en cinco capítulos: el primero trata los conceptos y principios básicos, el segundo contiene la evaluación del paciente, la conceptualización del caso y la estructuración de las sesiones, el tercero abarca las técnicas y estrategias que contribuyen al cambio, el cuarto desarrolla la terminación de la terapia y la prevención de recaídas, y por último en el quinto capítulo se presenta un caso clínico.

CAPITULO No. 1

“CONCEPTOS Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL”

INTRODUCCIÓN

Al ser este el primer capítulo he considerado fundamental empezar por la explicación de la definición de terapia cognitiva, una breve reseña de su historia, se señalan cuáles son sus principales objetivos y cómo se estructura. También se tratan los supuestos básicos, los conceptos fundamentales y los principios que la rigen.

Definición de terapia cognitiva

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (Beck, 1967, 1976)

El Dr. Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva a principios de los años sesenta, en un inicio como un tratamiento estructurado y breve para la depresión, sin embargo posteriormente se adaptó para ser aplicada a varios trastornos psiquiátricos dentro de diferentes poblaciones. La propuesta básica de este tipo de psicoterapia es que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento y esto a su

vez da como resultado una alteración del estado de ánimo y de la conducta del paciente, por lo tanto las creencias pueden producir cambios en los afectos o conductas.

La terapia cognitiva está orientada a aliviar el malestar psicológico mediante modificación de esquemas disfuncionales y del procesamiento de la información, valiéndose de una serie de técnicas de intervención que sirven para poner a prueba las falsas creencias o distorsiones del pensamiento que tenga el paciente. La terapia es un proceso de aprendizaje mediante el cual el sujeto debe aprender ciertas operaciones como: controlar los pensamientos automáticos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. (Beck, 1979)

El tratamiento consiste en realizar una formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización de cada paciente. El primer paso a seguir en el proceso es darle al paciente una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, ya que debe aprender a reconocer sus pensamientos negativos o distorsiones; y de esta manera controlarlos y modificarlos, poco a poco el sujeto se va convirtiendo en su propio terapeuta porque incorpora técnicas que se llevan a cabo en la sesión y las extiende a situaciones externas.

La terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana, sin embargo en casos más graves se realizan sesiones más frecuentes hasta dos sesiones semanales durante 4- 5 semanas y después una semanal durante 10-15 semanas. Durante la etapa de terminación se va disminuyendo la frecuencia a una sesión cada dos semanas, y cuando se ha finalizado el tratamiento se recomienda una terapia de apoyo.

La terapia cognitiva es eficaz para pacientes con diferentes niveles de educación, ingresos y posición social (Persons, Burns y Perloff, 1988, J. S.Beck, 2000) ya que ha logrado ser adaptada para trabajar con pacientes de todas las edades. Además puede ser aplicada en distintas modalidades: individual, grupal, de pareja y familiar.

Supuestos básicos

La terapia cognitiva se basa en: (Beck, 1979)

- La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección
- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales)
- Estas condiciones constituyen el campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí mismo, su mundo, su pasado y su futuro
- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta
- Mediante la terapia un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas
- La corrección de estos constructor erróneos puede producir una mejoría clínica

Principios generales

La terapia cognitiva debe planearse para cada individuo, sin embargo existen principios que deben tomarse en cuenta para toda aplicación, y son los siguientes (J.S. Beck, 2000)

1. Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos
2. Requiere de una sólida alianza terapéutica
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa
4. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados
5. Destaca el presente el “aquí y ahora”
6. Es educativa porque tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas
7. Tiende a ser limitada en el tiempo
8. Las sesiones son estructuradas
9. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La terapia puede variar según los casos, el grado de dificultad, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias.

Conceptos fundamentales

Los principales conceptos de la terapia cognitiva son:

Esquema cognitivo

“Unidad cognitiva que almacena la experiencia con suficiente fidelidad para que una persona pueda reconocer un acontecimiento pasado” (Kagan, 1986, Friedberg y McClure, 2002) Estas estructuras cognitivas reflejan las creencias más básicas de los

individuos. Los esquemas se desarrollan en edades tempranas y luego se van reforzando hasta que se consolidan en la edad adulta a través de la repetición de experiencias de aprendizaje (Guidano y Liotti, 1983, Friedberg y McClure, 2002). Los esquemas son el centro de los trastornos cognitivos y contienen creencias y supuestos personales y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo preverbal. Los esquemas cognitivos desadaptativos son rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos. (Beck y Clark, 1988).

Operaciones cognitivas

Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente "trastornos del juicio y razonamiento" y en la línea de Beck a las "distorsiones cognitivas"(pensamiento polarizado, sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc.). Ingram y Kendall(1986)

Productos cognitivos

Son los resultados más conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, etc. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal, también es resultante o producto cognitivo. En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos "sintomáticos". Ingram y Kendall(1986)

Cognición

Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. (Beck, 1981)

Creencias

Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, son consideradas por el sujeto como si fueran verdades absolutas, constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Las creencias intermedias son actitudes, reglas y presunciones que generalmente no se expresan, están entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos. (J. S. Beck, 2000)

Pensamientos automáticos

Son productos cognitivos; pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo (Beck y Clark, 1988). Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981)

1. Mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Distorsiones cognitivas

Son los errores en el procesamiento de la información que se derivan de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Transforman la información que llega del exterior consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos. Las distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeostasis. (A. Beck y Clark, 1988, Friedberg y McClure 2002). Las principales distorsiones cognitivas son las siguientes:

1. Pensamiento todo o nada (dicotómico): Tendencia a evaluar los hechos a través de categorías extremas y opuestas “blanco o negro” sin tomar en cuenta situaciones intermedias e ignorando si existe o no evidencia que corrobore dicho pensamiento. Por ejemplo: “todo lo que hago está mal”
2. Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si, es decir el sujeto llega arbitrariamente a la idea de que algo que le ha ocurrido una vez le sucederá siempre. Por ejemplo: un muchacho al ser rechazado por una chica, piensa “nunca nadie va a querer salir conmigo”.
3. Abstracción selectiva (filtro mental): Consiste en elegir un detalle negativo de cualquier situación, y fijarse exclusivamente en él, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia como negativa, sin percibir lo positivo del asunto. Por ejemplo: “Una persona da un examen y se equivoca en 17 preguntas de 100, y se preocupa tanto en los errores que se convence de que va a ser suspendida”
4. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria. Existen dos ejemplos claros de esta distorsión: “la lectura del pensamiento” consiste en suponer lo que otro está pensando, por ejemplo: una persona da una conferencia y ve que uno de los asistentes está cabeceando, por lo tanto concluye que su intervención es aburrida, sin pensar que esa persona puede haber estado cansada por otro motivo. “el error del adivino” se refiere a imaginar que algo malo sucederá y tomar esta predicción como un hecho aun cuando no sea realista, por ejemplo: una

bibliotecaria cuando sentía ansiedad, pensaba que se iba a desmayar o a volverse loca, aunque no tenía evidencias para que esto sucediera.

5. Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real. Por ejemplo: la maximización se produce cuando la persona comete un error y piensa “que terrible, mi reputación está arruinada, no hay solución”; y la minimización se da cuando un sujeto piensa en sus cualidades como algo insignificante y sin importancia.
6. Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello, es decir, asumir la responsabilidad de un hecho negativo a pesar de no haber fundamento. Por ejemplo: cuando un terapeuta pide a su paciente realizar determinada tarea, y este no cumple, el terapeuta piensa “debo ser el peor, es mi culpa que no quiera ayudarse”.
7. Razonamiento emocional: Consiste en suponer que las emociones negativas reflejan necesariamente la realidad, “lo que siento es la verdad”, por ejemplo: “me siento como un inútil, por lo tanto soy un inútil”.
8. Descalificación de lo positivo: No se toman en cuenta las experiencias positivas, se las percibe como sin importancia, a pesar de que la evidencia cotidiana diga lo contrario. Por ejemplo: cuando una persona recibe un elogio y piensa “solo quieren quedar bien, y nada más”.
9. Enunciación “debería”: La persona trata de motivarse a través de frases como “debería o no debería”, sin embargo cuando por alguna razón no logra llevar a cabo sus propias exigencias se siente avergonzado y culpable, de igual manera cuando dirige dichas enunciaciones hacia los demás siente irritación, frustración y resentimiento. Por ejemplo: “Debería ser paciente con mis hijos, y si les grito me siento culpable”
10. Etiquetación y etiquetación errónea: Etiquetar es una forma extrema de generalización que consiste en crear una imagen personal basada únicamente en los errores, por ejemplo: “soy un perdedor” en lugar de “me equivoqué”. Poner etiquetas erróneas consiste en describir un hecho de manera que lleve

una gran carga emocional, por ejemplo: cuando alguien nos niega un favor, pensar “maldito egoísta”.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados.

CONCLUSIONES

Después de haber desarrollado este capítulo se ha dejado claro cuáles son los fundamentos de la terapia cognitiva conductual siguiendo el modelo de Aaron Beck. Para lograr realizar un proceso terapéutico exitoso es necesario que tanto el terapeuta como el paciente conozcan profundamente las bases del mismo, razón por la cual se ha realizado la explicación correspondiente de cada uno de los conceptos que se utilizan en la terapia cognitiva.

CAPITULO No 2

“PRIMERA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LAS SESIONES”

INTRODUCCIÓN

Este capítulo empieza por el proceso de evaluación, se describen los pasos y los instrumentos a seguirse para recolectar la mayor cantidad de información sobre el caso, y luego se muestra cómo conceptualizarlo en términos cognitivos. En la terapia cognitiva las sesiones tienen una estructura predeterminada, es por eso que en este capítulo se describen cada uno de los aspectos que deben ser tomados en cuenta por el terapeuta a la hora de planificar las sesiones con el paciente. La estructura de la sesión inicial es diferente a la de las sesiones subsiguientes, por lo tanto se da una explicación detallada de cómo se realizan.

Evaluación

La evaluación es el primer paso a seguir dentro del proceso, y tiene como finalidad que el terapeuta obtenga la mayor cantidad de información sobre el paciente, para de esta manera conocer claramente la problemática del sujeto y lograr establecer la intervención más apropiada. Para empezar es importante saber el motivo de consulta, es decir, qué es lo que trae al paciente a terapia, determinar cuáles son sus quejas y sus demandas. El terapeuta empieza por la recolección de datos generales del sujeto en las distintas áreas de su vida: personal, afectiva, profesional y social, para determinar cuáles son disfuncionales en el sujeto y cómo se ven afectadas por los síntomas. Cuando ya se han

obtenido los datos generales, se determinará qué cosas concretas han de evaluarse y qué información específica se necesita tener.

Métodos generales de la evaluación

Los métodos de evaluación utilizados en la terapia cognitiva son diversos. Los más empleados suelen ser la historia clínica cognitiva, los autorregistros y los cuestionarios (tanto de tipo cognitivo-conductual como psicométricos).

- Historia clínica

La historia clínica es un tipo de entrevista que suele constituir el primer contacto con el paciente, por lo tanto permite recolectar los datos generales necesarios para luego profundizar los que son relevantes. El formato utilizado en la terapia cognitiva es el siguiente: (A. Maldonado, 1990; Karataos, 1991)

1. Datos de filiación (Nombre, edad, trabajo..etc.)

2. Enumeración de los síntomas:

Nivel cognitivo

Nivel afectivo

Nivel conductual

Nivel motivacional

Nivel físico

Datos objetivos (p.e inventario de depresión de Beck)

Diagnostico (p.e DSM-IV/CIE-10)

3. Áreas afectadas en la vida del sujeto (Trabajo, familia..)

4. Historia de la queja actual y episodios previos:

- Atribución sobre los problemas.

- Historia del problema.
- Episodios previos similares.
- Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales.

5. Otros problemas (Trabajo, matrimonio..)

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos. Tratamientos seguidos.
- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo..).

7. Historia personal

- Conceptualizaciones del paciente (p.e atribuciones, categorizaciones).
- Historia familiar, social, laboral, educacional y sexual-afectiva.

- Autorregistros

Son hojas que se utilizan para registrar pensamientos automáticos, estos deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (p.e niños). Por ejemplo:

(Adaptación Ruiz.1990)

Situación y acontecimiento	Estado emocional intensidad (0-10)	Pensamiento automático grado de creencia (0-10)	Conducta y resultado	Cambio de pensamiento automático grado de creencia (0-10)	Cambio de conducta	Nuevo estado emocional .intensidad (0-10)

- Cuestionarios

Los cuestionarios que se utilizan en la terapia cognitiva tienen como objetivo recoger información de los círculos interactivos o viciosos entre pensamientos-afectos y conductas, la intensidad de estos componentes y las distorsiones y supuestos cognitivos subyacentes. A nivel conductual se utilizan escalas como las de evaluación de la asertividad, habilidades sociales o autonomía personal, según el caso. A nivel emocional se utilizan escalas para la medición de estados emocionales (como el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Zung, etc.). A nivel cognitivo son frecuentes los inventarios de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y Supuestos o creencias. Los cuestionarios que se utilizan con mayor frecuencia son:

(1) Cuestionario de creencias irracionales de Ellis

(2) Escala de actitudes disfuncionales de Weisman.

(3) Cuestionario de pensamientos negativos (ATQ. Hollon y Kendall, 1980).

En cuanto a las escalas o cuestionarios psicométricos el más usado es el M.M.P.I y versiones del mismo, que puede ser usado para inferencias psicopatológicas y para determinar áreas problemáticas que pueden ser evaluadas mas precisamente tras su detección. También se pueden utilizar los test proyectivos como el T.A.T o el H.T.P, ya que el sujeto al expresar libremente sus significados personales permite recoger datos cognitivo-conductuales.

Conceptualización cognitiva del caso

La conceptualización consiste en estructurar el caso de manera que se logre una muy buena comprensión de la problemática del sujeto, para lo cual el terapeuta necesita conocer el diagnóstico del paciente, cuáles son sus dificultades actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento, además debe saber qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas y qué reacciones se asocian a

estos pensamientos. De esta manera el terapeuta logra establecer una hipótesis acerca de cómo el paciente llegó a tener los problemas que tiene en la actualidad. La conceptualización inicia desde el primer contacto con el sujeto y se profundiza hasta llegar a la última sesión.

Cuando un caso está correctamente formulado el terapeuta está en capacidad de establecer pautas directivas de las sesiones (Persons, 1989, Beck 1993), ya que le permite tener una guía de las cuestiones que son relevantes y por lo tanto utilizar las estrategias y técnicas más adecuadas para tener éxito en la terapia. Para poder conceptualizar es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos: (Beck, 1993)

- Datos pertinentes sobre la infancia: Se refiere a aquellas experiencias que apoyan las creencias nucleares, es decir, las vivencias que han formado conceptos positivos o negativos que el sujeto tenga de sí mismo.
- Problemas personales actuales: Son todas las dificultades que tienen los pacientes en sus vidas en el momento de empezar con el tratamiento, por ejemplo: dificultades de relación, desempleo, problemas de salud, problemas con la ley, poca motivación, desesperación, etc.
- Esquemas y creencias nucleares: son las creencias más importantes que muestran como las personas se ven a si mismas.
- Reglas, creencias o supuestos condicionales: son aquellas que ayudan a los pacientes a afrontar sus creencias nucleares, estas pueden ser positivas o negativas
- Estrategias compensadoras: Conductas que ayudan a afrontar las creencias nucleares, y generalmente son compulsivas, inflexibles, inapropiadas, agotan energía y no están equilibradas por estrategias adaptativas.
- Situaciones vulnerables: son aquellas circunstancias problemáticas en las que las creencias nucleares se activan.
- Creencias y pensamientos automáticos: Los pensamientos automáticos se originan cuando las creencias nucleares se activan
- Emociones: se asocian con los pensamientos o creencias automáticas concretas

- Conductas: son el producto final de las situaciones vulnerables, de las creencias, pensamientos automáticos y emociones.
- Integración de los datos anteriores: este es el paso más importante de todos ya que es el que junta toda la información vital del paciente, y permite dar explicaciones a sus dificultades y por lo tanto recomendar estrategias que sean útiles para el problema específico del sujeto.

Cuando el terapeuta ya ha obtenido los datos suficientes para comprender el caso, entonces deberá organizar dicha información de la mejor manera con el fin de llegar a la conceptualización cognitiva, para lo cual se puede apoyar en la siguiente hoja de resumen

1. Información demográfica: datos generales que forman parte de cualquier evaluación psicológica (nombre, edad, etc.)
2. Diagnóstico: se puede utilizar los cinco ejes del DSM IV R, que son básicos para la comprensión del paciente y para el posterior diseño de tratamiento.
3. Puntuaciones de cuestionarios: los resultados de estos cuestionarios son de suma importancia ya que dan al terapeuta una idea de las tendencias generales y cambios de patrón
4. Presentación del problema y funcionamiento actual: Análisis del funcionamiento actual del paciente
5. Perfil evolutivo: Análisis retrospectivo del paciente, es decir, examina la historia del paciente y sus datos más significativos.
6. Perfil cognitivo: Examina la forma en la que los sujetos procesan la información, se analizan pensamientos automáticos, emociones, sentimientos,, creencias, conductas, etc.
7. Integración y conceptualización de los perfiles evolutivos y cognitivos: se describe el autoconcepto del paciente y el concepto que tiene de otros,

y cómo estos pueden ser importantes en el inicio y evolución de su problemática actual.

8. Implicaciones para la teoría: examina la aptitud inicial del paciente, las características de la personalidad, motivaciones, metas y expectativas, objetivos del terapeuta y dificultades esperadas para tratar al paciente. En este último paso el terapeuta debe ser capaz de hipotetizar si el paciente es apto o no para llevar a cabo el tratamiento.

Estructura de las sesiones

El proceso terapéutico debe ser comprensible y lo más eficaz posible, es por esto que se ha usado un formato estándar para estructurar las sesiones, ya que si se tiene una organización preestablecida se puede dar un mejor uso al tiempo disponible, permite centrarse en los problemas actuales más importantes, aprender nuevas habilidades y evitar que la terapia se descontinue.

Sesión inicial

La primera sesión de terapia tiene una estructura diferente con respecto a las demás sesiones, ya que los objetivos son distintos. Antes de que se lleve a cabo es importante que el terapeuta revise los resultados de la evaluación y conozca los diagnósticos que se han dado en los cinco ejes, ya que determinan los ajustes que se necesitan para armar la terapia. Cabe recalcar que en caso de que el paciente se encuentre en riesgo o ponga en riesgo a los demás, la estructura de la sesión cambiará y se realizará intervención en crisis.

Objetivos de la primera sesión

1. Crear un buen rapport: es de gran importancia crear una relación de confianza y un ambiente agradable en el proceso terapéutico desde la primera sesión y a lo largo de toda la terapia. El terapeuta debe transmitir a su paciente mensajes que manifiesten que se preocupa por él, que confía en que lograrán trabajar juntos, que desea comprenderlo y ponerse en su lugar, que ha atendido a otros pacientes con su mismo problema y que considera que la terapia cognitiva es el tratamiento más adecuado.
2. Iniciar al paciente en la terapia cognitiva
3. Instruir al paciente con respecto a su trastorno y al proceso de la terapia
4. Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza
5. Averiguar las expectativas del paciente con respecto a la terapia
6. Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente
7. Utilizar esta información para desarrollar una lista de objetivos

Estructura de la primera sesión (J.S. Beck, 2000)

1. Establecer un plan: En la primera sesión es muy importante explicarle al paciente sobre la terapia, para que el proceso le sea más comprensible y por lo tanto pueda participar estructurada y productivamente.
2. Controlar el estado de ánimo utilizando puntajes objetivos: Este paso consiste en realizar un breve control del estado de ánimo del paciente a través de pruebas objetivas, tales como: el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad de Beck y la escala de desesperanza de Beck. Se toma nota del puntaje obtenido en cada sesión y realizar una comparación entre ellas.
3. Revisar el problema que se presenta y actualizarlo: El terapeuta revisa los problemas del paciente y le pide que lo actualice con el fin de constatar si ha habido cambios desde el periodo de evaluación.
4. Identificar problemas y establecer objetivos: Se deben determinar los problemas del paciente y a partir de ellos determinar los objetivos de la terapia. El terapeuta

debe ayudar al paciente a especificar un objetivo global y le pide que lo profundice como una tarea para el hogar.

5. Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo: Uno de los objetivos más importantes de la terapia es hacer que el paciente se convierta en su propio terapeuta, por lo tanto se le debe explicar cómo funciona el modelo cognitivo utilizando ejemplos que surjan de la vida del sujeto, y luego se comprobará si lo ha comprendido claramente. El terapeuta le enseña al sujeto a identificar sus pensamientos automáticos y a conocer las diferentes formas en las que pueden aparecer.
6. Averiguar las expectativas del paciente respecto a la terapia: Generalmente los pacientes vienen a la terapia con una idea equivocada de la misma, sin embargo el terapeuta debe encargarse de aclarar en qué consiste exactamente el proceso, y cómo se lo llevará a cabo. Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es el tiempo que durará la terapia, generalmente oscila entre un mes y medio a cuatro meses, puede ser más breve en casos más leves y en problemas de trastornos de la personalidad puede durar incluso un año o más. La frecuencia de las sesiones normalmente son de una semanal, aunque en pacientes que se encuentran en crisis pueden aumentar; y cuando se llega al final se espacian gradualmente.
7. Instruir al paciente respecto de su trastorno: Dentro de este aspecto puede ser de gran ayuda informar al paciente lo que padece, evitando etiquetarlo con un diagnóstico sino más bien explicarle en forma general el problema que está viviendo.
8. Fijar tareas para el hogar: el terapeuta debe explicar al paciente que estas tareas son trabajos que son diseñados para ayudar al paciente a sentirse mejor. Incluyen la biblioterapia en las primeras sesiones.
9. Hacer una síntesis: durante toda la sesión el terapeuta hace resúmenes, y al final hace una síntesis que resalte las ideas principales que se han tratado.
10. Retroalimentación por parte del paciente: Al final de cada sesión siempre se le pedirá al paciente que haga una retroalimentación, esto permite que se fortalezca la alianza terapéutica ya que se promueve la colaboración mutua, además en ocasiones puede favorecer la manifestación de inquietudes o comentarios acerca

del proceso, que pueden ser de gran ayuda para saber cómo se esta avanzando. Es posible que a más de este informe verbal se le pida también que llene un informe de terapia por escrito

Problemas frecuentes durante la primera sesión

El paciente puede no reconocer los pensamientos automáticos y decir que no se le pasa nada por la cabeza, en este caso el terapeuta puede usar un listado de pensamientos típicos para el tipo de problema que tiene el sujeto y preguntarle a cuales se parecen sus pensamientos.

El paciente dice que no puede identificar los pensamientos automáticos porque está muy trastornado. El terapeuta puede utilizar la distracción cognitiva (p.e relajación, concentrarse en un estímulo de la habitación durante un rato, etc) y cuando el paciente esté mas calmado pedirle de nuevo esa información.

El paciente manifiesta que el registrar los pensamientos automáticos le trastornará aun más. El terapeuta puede usar alguna de las siguientes opciones:
a- Cuestionar: "¿Por qué se va a poner peor?. Antes no los recogía y ¿no le daba vueltas?"

b- Cuestionar: "Puede que ocurra lo que usted dice. ¿Podemos comprobar si usted es un paciente de los que al hacer esta tarea empeora o no lo hace?"

c- Indicar: "Podría usted recoger sus pensamientos 1 o 2 veces al día y el resto cuando le asalte alguno usar alguna técnica de distracción (p.e relajación, parada y alternativas de pensamientos, etc)".

Estructura de una sesión típica de terapia (Beck, 1993): El formato de las sesiones que le siguen a la sesión inicial cambia en algunos aspectos porque los objetivos son distintos. A continuación se presenta la estructura utilizada después de la primera sesión.

1. Establecer un plan: Consiste en elaborar una agenda de lo que se va a hacer en la sesión, lo que trae algunas ventajas como: optimizar el tiempo y centrarse en objetivos específicos.
2. Chequear el estado de ánimo
3. Tender un puente con la última sesión: es una revisión breve de la sesión anterior que sirve para mantener la continuidad entre las sesiones, para recibir una retroalimentación de la sesión anterior y para asegurarse de que no exista algún asunto pendiente.
4. Comentar los ítems que tenemos en el plan: consiste en determinar los temas más importantes a tratarse, lo que evita que la sesión se desvíe a aspectos que no tienen mucha relevancia. En caso de que el paciente comience a hablar sobre cosas que no tienen relación con la sesión, el terapeuta debe guiarlo para volver al tema del cual partieron.
5. Interrogatorio socrático: “Método de intervención que anima al paciente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información” (Overholser, 1987,1988, Beck, 1993) Esta técnica se conoce también como descubrimiento guiado y se utiliza a lo largo de toda la sesión. El interrogatorio socrático conduce al paciente a un modo de pensar activo, es decir, ayuda a examinar su propio pensamiento, a reflexionar sobre sus conclusiones erróneas y a aprender soluciones más adecuadas para sus problemas. Además este tipo de técnica tiene la característica de propiciar un ambiente libre y sin juicios, lo que permite que la alianza terapéutica se fortalezca. Aunque el interrogatorio socrático es muy importante durante la terapia, debe combinarse también con otro tipo de intervención como la reflexión, el feedback, etc.
6. Resúmenes parciales: Durante la sesión de terapia tanto el terapeuta como el paciente realizan por lo menos tres resúmenes de lo que se ha estado tratando, para que de esta manera no se pierda el objetivo central que se ha establecido, y que la agenda se cumple. El primer resumen se realiza después de se ha elaborado el plan, y tiene la finalidad de hacer una conexión entre la agenda y los objetivos planteados; el segundo a la mitad de la sesión para que el terapeuta logre retomar sus pensamientos y decidir lo que va a hacer, además sirve para

hacer que el paciente se sienta comprendido y tenga la oportunidad de resolver cualquier mal entendido que pudo haberse dado. El último resumen se da al finalizar la sesión, en el principio de la terapia es por parte del terapeuta y a medida que se va avanzando se delega esta responsabilidad al paciente, lo que da la oportunidad de que se verifique la comprensión de l paciente con respecto a la sesión.

7. Asignación de actividades entre sesiones: Conjuntamente el paciente y el terapeuta colaboran y se ponen de acuerdo para designar las tareas que han de realizarse. Los objetivos principales son que el sujeto siga trabajando sobre sus dificultades y que tenga la oportunidad de recoger información para analizar sus creencias erróneas y probar nuevas conductas. Es primordial que el terapeuta destaque la importancia del cumplimiento de las tareas explicando los motivos por los cuales son asignadas y discutiendo las posibles dificultades que puedan darse. Si el paciente no cumple las actividades asignadas, el terapeuta puede indagar las causas a través de un inventario llamado “posibles razones para que no se realizan las tareas de autoayuda asignadas entre sesiones”, y dichas razones son tratadas como creencias a evaluar.

8. Retroalimentación

CONCLUSIONES

Para poder lograr un tratamiento exitoso es necesario realizar una evaluación correcta, es decir, que determine cuál es la problemática del paciente y sus causas, para que con estos datos se conceptualice el caso de forma adecuada, caso contrario la terapia no tendrá los resultados esperados, ya que es posible que se planteen objetivos y técnicas que no sean útiles para el paciente. En este capítulo se ha desarrollado el tema de la estructura de la sesiones en la terapia cognitiva; los terapeutas con experiencia generalmente no tienen una estructura preestablecida para las sesiones, sin embargo, se ha considerado muy útil señalar cada paso a seguir para quienes sean principiantes.

CAPITULO No 3

“SEGUNDA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y SUS PRINCIPIOS BÁSICOS”

INTRODUCCION

En este capítulo se tratan en primer lugar los principios básicos que sostienen la aplicación de las técnicas, es decir, aquellas condiciones que son necesarias para que se pueda obtener el mayor beneficio de las mismas. Es importante recalcar que para su mejor comprensión las técnicas se han dividido en técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Principios básicos

Relación terapéutica

La relación terapeuta-paciente es un factor fundamental para que la terapia tenga éxito, es por eso que el terapeuta debe promover un ambiente confortable, en donde exista cooperación y confianza, esto se logra a través de una escucha activa, empatía, consideración positiva, etc., es decir, hacer que el paciente se sienta a gusto y por lo tanto colabore adecuadamente con la terapia. Beck manifiesta que la buena relación terapéutica se vuelve indispensable en el momento de aplicar las técnicas, porque sin ella la terapia sería ineficaz.

Conceptualización cognitiva del caso

La conceptualización consiste en recolectar la mayor cantidad de datos sobre el paciente, abarcar todas las áreas significativas de su vida, y luego organizar la información de manera que se pueda comprender claramente la problemática del sujeto. Este proceso debe realizarse de manera amplia y precisa. Las técnicas que se han de elegir para ser utilizadas en la terapia dependen de una conceptualización adecuada, caso contrario se caería en el error de aplicar técnicas en forma arbitraria, sin ningún sentido, y por ende no van a ser apropiadas para el paciente.

Asignación de actividades entre sesiones

La asignación de actividades entre sesiones consiste en tareas que el paciente realiza de una sesión para otra. El objetivo es que el sujeto lleve a la práctica las técnicas cognitivas y conductuales que ha aprendido durante la terapia, por lo tanto es durante esta actividad donde debe producirse el cambio más importante. El terapeuta y el paciente se pondrán de acuerdo en la selección de tareas a realizarse, las practicarán durante la sesión para prevenir posibles dificultades y las chequearán regularmente.

Método Socrático

La terapia cognitiva consiste en modificar los pensamientos disfuncionales, sin embargo, no se puede lograr este cambio a través de lecciones o de sermones, por lo tanto se utiliza el método socrático para que el paciente vaya descubriendo por sí mismo sus pensamientos y creencias. Esta técnica se basa en el uso de preguntas, reflexiones, resúmenes e hipótesis.

Técnicas de tratamiento

Las técnicas son instrumentos que utiliza el terapeuta con el fin de ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas más adecuadas que las que ha estado utilizando, es decir, que logren modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales reduciendo o eliminando los síntomas. Es importante que el terapeuta use su creatividad a la hora de aplicar las técnicas, es decir, puede modificar ciertos aspectos con determinado paciente, sin embargo, debe mantener el objetivo mismo de la técnica. La terapia utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales, pero ninguna de ellas es puramente cognitiva o conductual, ya que las cognitivas pueden causar cambios en la conducta y de igual manera las conductuales pueden producir una modificación cognitiva, es decir, se complementan.

Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas tienen la finalidad de explorar y detectar pensamientos automáticos y supuestos personales, comprobar si son válidos y si no lo son modificarlos. Las técnicas más empleadas son las siguientes:

1. Detección de pensamientos automáticos

Para realizar esta técnica se utiliza el registro diario de pensamientos, cuyo objetivo es enseñarle al sujeto a identificar los pensamientos automáticos que se dan en relación a su estado emocional o a una conducta problemática. El registro consiste en una hoja dividida en 5 columnas que el paciente debe llenar día a día. En la primera columna el paciente debe anotar la situación conflictiva (situaciones presentes o pasadas), en la segunda anotará lo que pasó por su cabeza en ese momento, puede ser un pensamiento o una imagen, en la tercera columna especificará la emoción y el grado en que la sintió, en la cuarta colocará una respuesta racional al pensamiento automático y se valorará la racionalidad de dicha creencia, y por último en la quinta columna se registra el resultado,

es decir, se revalora la creencia en el pensamiento automático y las emociones consecuentes.

Para lograr que el paciente de respuestas racionales objetivas se pueden aplicar preguntas abiertas tales como: (Beck, 1993)

- ¿Qué evidencias concretas y objetivas apoyan o refutan mis pensamientos automáticos y creencias?
- ¿Hay otras maneras de contemplar la situación? ¿Hay alguna ventaja que la disfrace?
- ¿Qué es la peor y la mejor cosa que me puede pasar? ¿Qué es lo más probable que pase?
- ¿Qué acción constructiva puedo realizar para manejar la situación?
- ¿Cuáles son los pros y los contras de que cambie mi manera de ver la situación?
- ¿Qué consejo útil daría a un amigo si estuviera en tu misma situación?

El registro diario de pensamientos se utiliza como tarea para el hogar. El terapeuta debe asegurarse de que el paciente haya comprendido la técnica, para lo cual se practicará durante la sesión.

	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
DIA HORA	Describe: Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables	Escribe los pensamientos automáticos	Especificar tristeza, ansiedad, enfadado, etc	Escriba una respuesta racional a los pensamientos automáticos	Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100%
	Flujo de pensamientos, sueños despierto o recuerdos, que llevan a emociones desagradables	Evalúa la automacidad de la creencia 0-100%	Valorar el grado de emoción 0-100%	Valorar la racionalidad de la creencia 0-100%	Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100%
	Sensaciones físicas angustiosas				

2. Clasificación de las distorsiones cognitivas

A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3. Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos

El terapeuta y el paciente examinan conjuntamente algunos pensamientos automáticos, realizan una recolección de evidencias que sometan a una prueba de realidad a dichos pensamientos, es decir, se busca comprobar que sean ciertos. Existen varias opciones para aplicar esta misma técnica:

- Usar preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.
- Diseñar un experimento en el cual el paciente predice un resultado y lo comprueba.
- Buscar evidencias contradictorias para las hipótesis del paciente, provenientes del terapeuta u otras personas significativas.

A través de este método el paciente puede corregir sus distorsiones cognitivas, sin embargo, no se puede esperar que con el simple hecho de hacer concientes los pensamientos erróneos estos se modifiquen, por lo tanto es necesario utilizar otras técnicas como la reatribución y la conceptualización alternativa para incrementar en el paciente su capacidad para realizar inferencias lógicas y realistas.

Es importante tomar en cuenta que el objetivo de esta técnica no es hacerle creer al paciente que las cosas siempre son mejor de lo que parecen, sino realizar un análisis más correcto de la situación.

4. Reatribución de responsabilidad

Esta técnica se utiliza cuando el paciente tiene la tendencia de asumir la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos sin tener la evidencia suficiente para hacerlo. El terapeuta debe revisar los hechos que llevaron al paciente a realizar la autocrítica, buscar otros factores que pudieron contribuir a ese suceso, y poner en duda la creencia de que el paciente es 100 % responsable de la situación. Se puede realizar lo que se ha llamado un “pastel de responsabilidad” que es una técnica de reatribución utilizada en adultos, adolescentes y niños (Friedberg, McClure, 2002). El proceso consiste en hacer que el sujeto elabore una lista de las posibles causas de la situación que le ha provocado malestar, incluyendo su parte de culpa al final de la lista, luego reparte junto con el terapeuta las causas en porciones, y a cada una de ellas se le asigna un porcentaje determinado. De esta manera el sujeto puede observar que en el problema influyen varios aspectos y por lo tanto dejar de atribuirse toda la culpa a sí mismo.

5. Descatastrofización

El paciente predice que ciertos sucesos negativos van a ocurrir, tiende a sobreestimar la magnitud y la probabilidad de que ocurran los peligros que percibe, lo que le produce un alto grado de ansiedad. Esta técnica consiste en contrarrestar el pensamiento catastrófico del paciente utilizando un registro en el cual al comenzar el día debe anotar las predicciones que tenga, y al final de la jornada anotará cuales se cumplieron y cuales fueron sus consecuencias, es decir, se buscará pruebas de que dichos pensamientos sean reales. En caso de que sea muy probable que ocurra lo que el sujeto teme entonces es

conveniente utilizar una intervención complementaria diseñando una estrategia de resolución de problemas.

La descatastrofización se puede aplicar en trastornos de personalidad (Beck, 1992) y también es útil para suavizar predicciones aterradoras en los niños (J.S. Beck, 1953; Kendall y otros, 1992; Seligman y otros, 1995; Friedberg y McClure, 2002)

6. Uso de imágenes

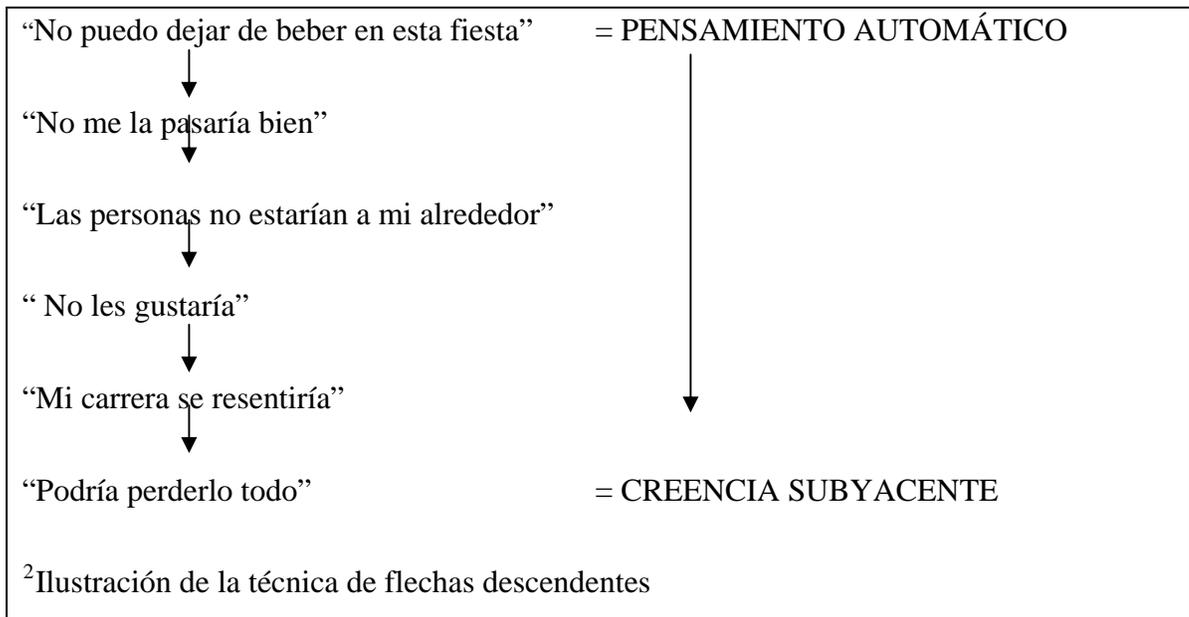
El terapeuta aplica el uso de imágenes para que el sujeto modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Esta técnica puede ser utilizada en distintos casos, por ejemplo: en pacientes adictos se puede provocar la visualización de imágenes positivas como alternativas al consumo o también se puede usar como método de distracción ante el craving. En el caso de trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad el terapeuta utiliza la evocación de imágenes haciendo que el paciente reviva sucesos que le han causado malestar con el fin de lograr una reestructuración. ¹“Para lograr el cambio es necesario retroceder en el tiempo, por así decirlo, y recrear la situación. Cuando las interacciones de aquel momento cobran vida, se activa la construcción defectuosa, junto con el afecto, y puede producirse la reestructuración cognitiva”

7. Técnica de flechas descendentes

Se ha llamado técnica de flechas descendentes debido a la forma en que se ilustra en el papel, ya que a partir de una creencia se traza una línea para abajo hacia la siguiente creencia. Esta técnica se realiza a partir de la elección de un pensamiento automático, luego se realiza la pregunta ¿Qué significa esto para mí? ante la respuesta se vuelve a aplicar el mismo cuestionamiento, y así sucesivamente se logra profundizar obteniendo

¹ BECK, Aaron “Terapia Cognitiva de los Trastornos de personalidad” Pag. 147

paulatinamente nuevos significados. El objetivo de este proceso es identificar las creencias personales básicas desde los pensamientos automáticos Por ejemplo:



Técnicas Conductuales

1. Programación y control de la actividad (escala dominio-placer)

El control de actividades y su programación es una estrategia de la que el terapeuta se sirve para identificar conductas inadecuadas y para reforzar conductas productivas. El paciente recibe una hoja en la constan los siete días de la semana, y a su vez cada día está dividido en bloques de una hora. La tarea consiste en ir anotando las actividades que se van realizando a lo largo de la jornada, y el grado de placer y dominio que siente el sujeto. Debe registrar el nivel de satisfacción y de habilidad en escalas de 0 a 10, en donde se calificara 0= nada y 10 = extrema. La información que se obtiene es útil para evidenciar actividades en las que el sujeto muestra habilidad, o también para sustituir actividades que causan malestar por otras que proporcionen más dominio o placer.

² BECK, Aaron “Terapia Cognitiva de las Drogodependencias” Pag. 197

Cuando el sujeto ha llegado a ser capaz de planificar y realizar actividades que no se relacionan con su problema, se incrementa la autoeficacia y el autocontrol. Esta técnica es utilizada con distintos objetivos: como ayuda para que el terapeuta conozca con precisión que hace el paciente durante el día y qué relación tienen dichas actividades con la problemática actual, como guía de actividades futuras y para evaluar si la programación ha sido llevada a cabo adecuadamente.

³Es importante que el terapeuta aclare ciertos aspectos antes de llevar a cabo el programa de actividades diarias:

- “Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto”
- “Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de tarea que va a conseguir realizar...”
- “Aunque no tenga éxito recuerde siempre que lo más importante es intentar llevar a cabo el programa...”
- “Reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente...”

2. Repaso conductual (role playing)

⁴“Técnica de intervención también denominada dramatización de situaciones. Se inscribe dentro de las técnicas que componen la dinámica de grupo y se fundamenta en la transferencia de vivencias. Se basa en la creencia de que la asunción de una determinada conducta, rol o papel facilita la comprensión de los problemas que comporta y de las

³ BECK, Aaron “Terapia Cognitiva de la Depresión” 1979 Pág. 117

⁴ “Diccionario de Pedagogía y Psicología” Madrid-España, Edición 2002

estructuras psicosociológicas que lo configura. Durante la escenificación de papeles se asigna al sujeto un papel diferente al que suele tener asignado en una situación real”

El role playing consiste en representar, actuar o dramatizar una situación conflictiva con la finalidad de “despersonalizarla”, y que de esta manera pueda ser analizada y discutida. El juego de roles se utiliza para detectar distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información, además de promover el análisis de comportamientos en situaciones críticas. El objetivo de la técnica es ayudar al paciente a modificar conductas inadecuadas a través del desarrollo de habilidades interpersonales efectivas. El paciente se encuentra en un ambiente seguro en donde puede cometer errores sin tener consecuencias reales. Para aplicar correctamente el juego de roles es importante delimitar claramente la situación, los actores deben ser espontáneos y lo más objetivos posible. El role playing puede ser aplicado en formato individual o grupal.

Existen algunas técnicas auxiliares que se utilizan dentro del rol-playing:

- Soliloquio: es la expresión en voz alta y en primera persona de las vivencias que cada paciente.
- La inversión del rol: el sujeto cambia de rol con su compañero. Se le pide al paciente que salga de sí mismo para que pueda percibir objetivamente su propia actitud hacia los demás, y permite también comprender una situación desde el punto de vista del otro.
- Repetición de la sesión de role-playing después de la experiencia real: Se utiliza para revisar la tarea que sea planificado, analizar cómo se ha desarrollado y si ha existido algún error hacer el correspondiente reajuste.

3. Entrenamiento asertivo

Wolpe define la conducta asertiva como ⁵“la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”. El entrenamiento en asertividad se aplica en pacientes que tienen dificultad para poder presentar su propio punto de vista o expresar sus intereses. Las relaciones interpersonales suelen generar conflictos y diferencias, y ante estas situaciones las personas podemos reaccionar con agresividad, evitación o podemos utilizar la capacidad verbal para resolver problemas. El objetivo de esta técnica es adquirir habilidades sociales que permitan al sujeto resolver conflictos de la manera más correcta. ⁶El aprendizaje de una conducta asertiva requiere de al menos tres pasos:

- 1º-Identificar el estilo de conducta de relación
- 2º-Conocer el cambio u objetivo que usted desea en esa relación
- 3º-Practicar y ensayar una conducta asertiva adecuada a esa situación

Dentro del entrenamiento asertivo se encuentran técnicas adicionales, tales como: El disco rayado que consiste en repetir una y otra vez serenamente palabras que expresen los propios deseos, ante la insistencia de los demás de ir contra de ellos. El banco de niebla que consiste en aprender a responder a las críticas reconociendo su parte de verdad.

4. Resolución de problemas

Las técnicas de resolución de problemas se aplican en pacientes que tienen dificultad o tienden a solucionarlos de manera incorrecta. Este es un proceso largo en el cual el paciente puede experimentar momentos de frustración, sin embargo es importante que el terapeuta lo apoye y lo anime a seguir intentando adquirir las habilidades para resolver sus

⁵ BALAREZO, Lucio “Psicoterapia” 2da Edición 2003 Pág.152

⁶ RUIZ, Juan “Sentirse mejor” texto electrónico 1996

problemas constructivamente. Los pasos que se necesitan para llevar a cabo esta técnica son los siguientes: (Beck, 1993)

- Definir el problema con términos específicos y claros
- Proponer una serie de soluciones posibles
- Examinar los pros y los contras de cada solución propuesta
- Escoger la mejor solución hipotetizada
- Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla
- Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

5. Entrenamiento en relajación

⁷“El entrenamiento en relajación es una técnica conductual que puede aplicarse a toda una serie de problemas como la ansiedad y el control de la ira” Existen varias técnicas, sin embargo, todas persiguen el mismo objetivo que es disminuir la tensión del cuerpo. Se puede utilizar el relajamiento progresivo de Jacobson, la técnica de relajamiento de Berges y Bounes, el entrenamiento autógeno de Schultz, entre otras. Para empezar con el entrenamiento se puede dar una explicación de lo que es la relajación, luego se pide al paciente que adopte la posición más conveniente que puede ser acostado boca arriba o sentado. El lugar en donde se realice técnica debe ser tranquilo, con una temperatura y luminosidad adecuadas.

El entrenamiento tiene la finalidad de que el paciente aprenda estrategias que le permitan conseguir estados de relajamiento muscular para llegar a suprimir manifestaciones que sean angustiosas.

⁷ FRIEDBERG, Robert “Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes” 2002 Pág.

6. Asignación de tareas graduadas

La asignación de tareas graduadas se utiliza cuando el sujeto tiene dificultad para conseguir determinada meta. Esta técnica consiste en elaborar una lista de conductas distribuidas en orden jerárquico, que tengan una dificultad intermedia, entonces el paciente debe ir cumpliendo cada conducta hasta llegar al objetivo deseado. Para aplicar esta técnica se deben considerar las siguientes pasos: (Beck, 1979)

- Definir el problema
- Asignar tareas ordenadas desde las simples hasta las complejas.
- Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo
- Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cénicas y de la minimización de sus logros
- Estimular al paciente para que evalúe de forma realista
- Hacer énfasis en que el paciente ha alcanzado las metas debido a su esfuerzo y a sus capacidades.
- Asignar tareas nuevas y más complejas

Las habilidades ensayadas en la consulta se siguen practicando casa y se sugiere su aplicación a determinadas situaciones, que serán valoradas en la siguiente sesión. El objetivo de la asignación de tareas es que el sujeto aplique lo que ha aprendido en consulta a situaciones de la vida real. Las tareas pueden ser de cambio o de exploración, las primeras consisten en ejecutar soluciones alternativas y las segundas buscan significados alternativos a los que ya se tenían.

7. Desensibilización Sistemática

El procedimiento de esta técnica consiste en: 1. Adiestrar al paciente en lo que es la relajación muscular profunda 2. Elaborar una lista de estímulos, que se ordenan de

acuerdo al grado de ansiedad que provoquen, de menor a mayor 3. Se induce al paciente a un estado de relajación profundo y luego se lo guía para que vaya imaginando los estímulos ansiógenos, empezando por el más leve. Existen algunas variaciones de la desensibilización sistemática, por ejemplo: D.S en vivo que se realiza con estímulos reales y no solamente imaginarios, D.S de Grupo que se aplica con trastornos y jerarquías comunes y la D. S Enriquecida que usa además de la relajación una variedad de estímulos para reducir la ansiedad. Esta técnica se utiliza en trastornos de ansiedad, especialmente en fobias.

8. Práctica Cognitiva

En esta técnica el terapeuta le pide al paciente que imagine los pasos para llegar a la ejecución de la tarea. La práctica cognitiva permite tomar en cuenta detalles evitando divagar en cosas sin importancia, por lo tanto el paciente logrará preprogramar una determinada actividad identificando los posibles obstáculos. El objetivo principal consiste en elaborar un plan que desarrolle soluciones adecuadas para los problemas que presenta el sujeto.

CONCLUSIONES

La aplicación de las técnicas es un paso muy importante en el proceso terapéutico ya que a través de ellas se logra generar alternativas tanto cognitivas como conductuales ante la problemática del sujeto. En este capítulo se han desarrollado las técnicas básicas que se utilizan en la terapia cognitiva conductual, sin embargo para cada caso existen determinadas técnicas que son más útiles que otras.

CAPITULO No 4

“TERCERA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS”

INTRODUCCIÓN

Esta es la última fase del proceso terapéutico. En este capítulo se trata cómo lograr una buena terminación de la terapia para que los cambios obtenidos durante la misma se mantengan después de terminarla. Se mencionan algunas dificultades que el terapeuta puede encontrar durante esta fase, y por último se trata la prevención de posibles recaídas.

Terminación del tratamiento

La terapia cognitiva es un proceso que tiene un tiempo limitado de duración, por lo que al llegar al término de la misma es importante que el terapeuta sepa cómo concluir de una manera adecuada. Los progresos que el paciente ha logrado pueden decaer si este último paso no se realiza correctamente, ya que es este el momento en el que el sujeto debe consolidar su recuperación y además llevar a cabo las estrategias aprendidas durante el proceso.

El término de la terapia es un tema del cual se habla desde el comienzo, y debe mencionarse ocasionalmente. Es necesario que el terapeuta aclare que la terapia finalizará dentro de un periodo determinado y que el objetivo es que el sujeto se

convierta en su propio terapeuta, es decir, se vuelva independiente y capaz de tomar sus propias decisiones, esto se logra haciendo que el paciente sea más activo dentro de la terapia, que paulatinamente aprenda a identificar sus problemas y a buscar soluciones a los mismos.

La finalización de la terapia puede causar algunas dificultades tales como:

1. Preocupación del paciente de que no está totalmente curado

Para evitar esta dificultad el terapeuta puede empezar por decirle al paciente que el periodo que se encuentra en terapia es un tiempo de entrenamiento en donde aprenderá nuevas formas de enfrentar sus problemas, sin embargo, el objetivo no es ser un experto en estas habilidades adquiridas, por el contrario el sujeto tiene que perfeccionarlas mediante la práctica en la realidad. El terapeuta explicará al paciente que la salud mental no se divide en curado y enfermo, lo realmente importante es el desarrollo que se ha producido, es decir, los progresos que el paciente ha alcanzado. Si el paciente alega que no está 100% curado entonces el terapeuta resaltaré el hecho de que nadie está totalmente sano, y que el objetivo de la terapia no es curar, sino enseñarle a utilizar métodos más efectivos para resolver sus problemas. Cuando la última sesión se va acercando el paciente puede mostrarse preocupado, por lo tanto lo más adecuado es afrontar estos pensamientos en el momento en el que se presentan. El terapeuta elaborará junto al paciente una lista de pensamientos inadecuados ante los cuales el sujeto tiene que darles una respuesta racional.

2. La preocupación del paciente respecto a recaer en su problema

⁸“Todo error puede considerarse, desde un punto de vista positivo, como una unidad de información aprovechable y válida para mejorar las propias habilidades” El terapeuta puede utilizar algunas estrategias para demostrarle al paciente que aunque es posible que recaiga, esto no es el fin del avance que ha realizado durante la terapia, por el contrario

⁸ BECK, Aaron “Terapia Cognitiva de la Depresión” 1979 Pág. 291

cometer errores es una oportunidad para aplicar lo aprendido. Es importante trabajar con las distorsiones cognitivas y las creencias básicas que surgen ante la recaída, y utilizar técnicas como la práctica cognitiva con el fin de ensayar mentalmente las estrategias que se podrían utilizar para el afrontamiento de la situación. Si la recaída se da al final del tratamiento el terapeuta puede utilizar un procedimiento que consiste en provocar en el paciente pensamientos negativos, luego se le pide que evalúe sus sentimientos, y por último que responda a los pensamientos negativos y evalúe sus emociones, de esta manera se puede lograr contrarrestar el pensamiento de que no es capaz de superar sus problemas. Otra técnica que el terapeuta puede utilizar es desafiar los progresos del paciente, y que este a su vez intente afrontar la situación con sus propios recursos, al final el terapeuta hace un resumen de los avances conseguidos.

3. El paciente puede creer que tiene un problema sin resolver por lo que no puede terminar la terapia.

En este caso el terapeuta debe aclarar que la terapia cognitiva no es un instrumento que desaparece todos los problemas. El paciente tiene que enfrentarse a un sin número de dificultades durante su vida, y para resolver algunas de ellas deberá aplicar las estrategias que ha aprendido durante el proceso terapéutico. A partir de esta explicación el terapeuta le preguntará al paciente cuáles son los problemas que el cree que se presentaran y las posibles soluciones que podría utilizar, de esta manera el sujeto verá a sus problemas como un reto para afianzar las habilidades adquiridas.

4. Terminación prematura de la terapia

Es posible que el terapeuta puede darse cuenta que el paciente desea terminar con la terapia a través del feedback que se da al final de cada sesión, en este caso averiguará las razones y afrontarlas. La terminación prematura de la terapia puede darse por:

- Reacciones negativas hacia el terapeuta: En el caso de que el paciente se sienta molesto o en desacuerdo con el terapeuta es importante que el terapeuta trate con mucho tacto las reacciones negativas que han surgido e intente resolverlas. Si el sujeto, a pesar de esto, se retira de la terapia entonces se le dejará abierta la posibilidad de que regrese o en su defecto será de mucha utilidad hacer una llamada telefónica o enviarle una carta invitándole a volver cuando lo desee.
- Mejoría rápida de los síntomas: Algunos pacientes pueden responder rápidamente al tratamiento, es decir, que los síntomas que los llevaron a consulta desaparezcan en pocas sesiones. Esto puede deberse a que los pacientes han resuelto problemas que consideraban graves, por lo que piensan que la terapia ya no debe continuar. Otra posibilidad es que el paciente crea que el terapeuta es capaz de resolver mágicamente sus problemas. En la mayor parte de casos no se aconseja terminar prematuramente la terapia hasta que se haya logrado identificar y modificar los factores que llevaron al sujeto al problema que presentaba, y además anticipar la posibilidad de una recaída. Para evitar este tipo de dificultades el terapeuta debe fijar un tiempo específico para la terapia, y advertirle al paciente que algunas personas pueden mejorar rápidamente pero que aún así el tratamiento debe continuar. Con el fin de que no se de una terminación no programada el terapeuta acordará con el paciente, que este asista a una última sesión después de decidir dejar la terapia. Si el paciente decide, a pesar de lo anterior, abandonar la terapia de igual manera entonces se le brindará la posibilidad de regresar cuando lo necesite.
- Ausencia de mejorías significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo: En la mayor parte de casos la mejoría no es lineal, por el contrario, los pacientes pueden tener dificultades y no presentar avances a tiempo o pueden recaer en su problemática, lo que puede causar sentimientos de frustración o desesperanza. El terapeuta debe explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, y que

pueden ser aprovechadas con el fin de utilizar estrategias adecuadas de afrontamiento, de esta manera el paciente estará preparado para una posible recaída después del tratamiento.

5. El paciente puede preocuparse ante la posibilidad de enfrentar sus problemas solo sin el terapeuta

En este caso se puede realizar una terminación gradual con el fin de detectar pensamientos o creencias que apoyen la necesidad de la presencia del terapeuta, y contrarrestarlos con los progresos que ha hecho el paciente y con su capacidad autónoma de afrontamiento. El terapeuta ayuda al paciente a disminuir la ansiedad que puede provocar el culminar la terapia y enfrentarse solo a los problemas que puedan presentarse.

6. El paciente desarrolla fuertes sentimientos positivos hacia el terapeuta o el terapeuta hacia el paciente, no deseando la terminación de la terapia

En el caso que se presente este tipo de transferencia el terapeuta puede buscar "pruebas de realidad" para esos sentimientos y a través de ellas analizar junto con el paciente si son distorsiones cognitivas. El terapeuta debe preguntar al paciente o a sí mismo cual es la causa de dichos sentimientos, y evaluar la validez de las creencias que los sustentan.

Prevención de situaciones de riesgo

Antes de finalizar la terapia es importante que el terapeuta junto con el paciente detecten posibles situaciones en las que se puede estar en riesgo de una recaída, y a partir de ellas practicar alternativas cognitivo conductuales que logren resolver con éxito dichas circunstancias de peligro. Además es conveniente decirle al paciente que puede llamar al

terapeuta si tiene algún problema, ya que en ocasiones el mero hecho de sentirse apoyados puede hacer que supere situaciones de conflicto. Beck recomienda de gran utilidad programar una sesión de apoyo varias semanas después de finalizar el tratamiento, y luego realizar un seguimiento gradual que puede ser a los 3 meses, luego a los 6 meses y al año de la terminación de la terapia.

CONCLUSIONES

Esta última fase es muy importante para la terapia, ya que si no se elabora adecuadamente el tratamiento puede fracasar. El terapeuta debe tomar en cuenta que es frecuente que el paciente entre en crisis o tenga una recaída al final del tratamiento, para que así pueda estar preparado para enfrentar estas dificultades y terminar con éxito la terapia.

CAPITULO No 5

“PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”

INTRODUCCIÓN

Este capítulo ha sido destinado para presentar un caso clínico, con el objetivo ilustrar los capítulos anteriores que son teóricos con este que contiene la aplicación práctica de la terapia cognitiva conductual. El caso que se desarrolla a continuación ha sido seleccionado del área de adicciones del Centro de Reposo y Adicciones, se trata de un individuo diagnosticado con Trastorno de dependencia al alcohol. La terapia se realizó al cabo de 8 semanas con 2 sesiones por semana. Durante este periodo de tiempo se logró seguir todas las fases del proceso terapéutico según Beck.

Evaluación

Historia Clínica

1. Datos de filiación (Nombre, edad, trabajo..etc.)

I. Información demográfica

- Nombres y Apellidos: J.L.S
- Edad: 26 años Sexo: Masculino Telf: XXX Estado civil: Casado
- Dirección: XXX
- Lugar de nacimiento: Cuenca
- Lugar de residencia: Cuenca
- Instrucción: Superior
- Profesión: Agente de Ventas

- Diagrama de las personas con quien vive

2. Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: ideas de culpabilidad, vergüenza, minimización de su adicción.
Nivel afectivo: Tristeza, ira inapropiada, ansiedad
Nivel conductual: agresividad e impulsividad
Nivel motivacional: motivado al tratamiento
Nivel físico: ninguno
- Diagnostico

EJE I Trastorno de Dependencia al alcohol

EJE II Rasgos de personalidad límite

EJE III Posible lesión cerebral

EJE IV Conflictos familiares y laborales

EJE V 40-50 %

3. Áreas afectadas en la vida del sujeto (Trabajo, familia..)

Las áreas en las que el sujeto tiene más dificultad son:

- Area familiar: separaciones con su esposa
- Area laboral: pérdida del trabajo

4. Historia de la queja actual y episodios previos:

- Atribución sobre los problemas: El motivo por el cual el sujeto acude a consulta es su trastorno de dependencia al alcohol
- Historia del problema: El sujeto consume alcohol desde los 13 años de forma esporádica, desde los 17 años consume cada quince días y un día llega hasta la embriaguez, bebe grandes cantidades en un corto periodo tiempo. Cuando se encuentra en estado etílico se vuelve beligerante, auto y heteroagresión, no

recuerda los hechos, lo que le ha creado una serie de problemas familiares y laborales.

- Episodios previos similares: El paciente presenta conductas similares desde la edad de 13 años hasta la actualidad
- Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: no existen tratamientos previos, actualmente se encuentra internado en centro de adicciones, en donde recibe tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra, asiste a terapias de grupo e individual.

5. Historia familiar

Antecedentes psíquicos y físicos: Abuelo materno con hipertensión y diabética y padre alcohólico

Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos: En la actualidad las relaciones familiares se encuentran deterioradas por el comportamiento disfuncional del paciente. El sujeto percibe a su familia como un apoyo.

6. Historia personal

El paciente nació en cuenca, vivió con sus padres y hermanos. Durante la primera infancia era inquieto, travieso, desordenado, independiente, amigable, reservado, prefería jugar con niños de mayor edad, rebelde y no respeta horarios. Ingres a los 5 años a la escuela, se adapta con facilidad con buena relación con sus compañeros, su rendimiento fue regular, no le gustaba participar de las actividades de la escuela y únicamente se dedicaba a los deportes.

A los 13 años ingresa al colegio donde muestra dificultades en la disciplina, se rancla de clases, bebe en horas de clase como medida de rebeldía, tenía un bajo rendimiento académico perdiendo el cuarto curso, se gradúa de mecánico industrial. Ingres a la

universidad, sin embargo pierde el primer año por faltas y se retira cuando llega al cuarto ciclo. Su adolescencia se caracterizó por su rebeldía, era desafiante ante las reglas que sus padres intentaban imponerle. Contrae matrimonio a los 21 años, tiene una hija de 2 años. Al principio se llevaba bien con su esposa, sin embargo los conflictos se dan porque el paciente incrementa cada vez más su consumo de alcohol. Comienza a trabajar como empleado privado a los 21 años con un buen desempeño, en la actualidad pierde su trabajo debido a las continuas faltas.

Autorregistros

DIA / HORA	SITUACIÓN Describe: Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos, que llevan a emociones desagradables Sensaciones físicas angustiosas	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Escribe los pensamientos automáticos Evalúa la automacidad de la creencia 0_100%	EMOCIONES Especificar tristeza, ansiedad, enfadado,etc Valorar el grado de emoción 0-100%	RESPUESTA RACIONAL Escriba una respuesta racional a los pensamientos automáticos Valorar la racionalidad de la creencia 0 – 100%	RESULTADO Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100% Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100%
	Bebo hasta embriagarme	“No puedo controlarme” 100 %	Deseperación 100%		
	Discuto con mi esposa	“Nadie me comprende” 90 %	Tristeza 80%		

	<p>Mi esposa me pide que hable con ella</p>	<p>“No debo contar mis problemas”</p> <p>100%</p>	<p>Ira</p> <p>70%</p>		

Cuestionarios y pruebas psicológicas

Se aplicaron las siguientes pruebas:

1. H.T.P: El paciente muestra inseguridad, necesidad de apoyo e inferioridad, explosividad, instintividad, inmadurez, impulsividad, carga y descarga instantánea de afectos y responde a la presión ambiental con sentimientos de expansividad y agresividad. Manifiesta pésimas relaciones interpersonales, especialmente con los padres. Utiliza la evasión como mecanismo de defensa. Presenta rasgos de personalidad dependiente.

2. MMPI 2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)
 - Validez del perfil: El paciente ha dado respuestas al azar, manifiesta un rechazo a las faltas. Es probable que se haya encontrado en un estado de confusión, tiene un estilo represivo y demuestra falta de comprensión. Posiblemente falsa imagen, muestra conformidad social, convencionalidad y sinceridad. El paciente indica defensividad moderada, negación del problema e intolerancia.

Puntuaciones T: Escala L (mentira) 75 = Validez cuestionable
Escala F (Incoherencia) = 43 Registro aceptable
Escala K (corrección) = 61 Validez cuestionable

- Características del perfil: El paciente obtuvo mayor puntaje en la escala de desviación psicopática, de la cual surgen las siguientes características de personalidad: El sujeto puede tener problemas con la ley y la autoridad, puede consumir drogas no autorizadas, tener problemas familiares, impulsividad, irritabilidad, culpabilidad, vergüenza, extrovertido, relaciones superficiales, enérgico y creativo.

3. Test de sacks

El paciente muestra conflictos con sentimientos de culpa, obtiene puntuaciones altas en las frases:

Haría cualquier cosa el día en que yo... ingerí alcohol

Mi mayor error fue... defraudar a toda mi familia por tomar alcohol

Algún día yo... borraré mis defectos (ingerir alcohol)

Cuando era joven me sentía culpable por... no haberme esforzado y defraudar a mis padres

Lo peor que he hecho es... algunas cosas: tomar alcohol y mentir a veces.

4. Ansiedad y trastornos de la personalidad

T. Límite: 4 ítems, T. Evitación: 4 ítems, y T. Dependencia: 3 ítems. El paciente no cumple con los criterios diagnósticos de trastorno de personalidad, sin embargo muestra rasgos de personalidad límite.

5. Inventario de la personalidad de Eysenck y Eysenck

Obtiene una puntuación de 5 en la escala que mide sinceridad, por lo tanto la prueba es anulada pudiendo inferir la presencia de rasgos tendientes a ocultarse la autoimagen real. El sujeto no es objetivo en la autoevaluación de sus rasgos y tampoco le gusta mostrarse tal cual es. Debido al resultado que arroja esta prueba se propone aplicar el M.M.P.I

6. Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).

Las distorsiones cognitivas que obtienen una puntuación más alta son: Falacia de recompensa divina, Debería y Culpabilidad.

7. Escala de actitudes disfuncionales de Weissman

Puntuaciones positivas

- Aprobación +2: independiente, saludable sentido del propio valor, incluso ante la crítica y la desaprobación
- Omnipotencia +4: Se relaciona efectivamente con los demás como un colaborador amistoso.
- Autonomía +2: asume la responsabilidad de sus propios sentimientos.
- Realización +1: Disfruta de la creatividad y la productividad

Puntuaciones negativas (vulnerabilidades emocionales)

- Perfeccionismo -1: Debe aparentar, sentir, pensar y comportarse bien en todo
- Derechos -1: Siente que tiene derecho o se merece todo lo bueno, debido a los esfuerzos que realiza.

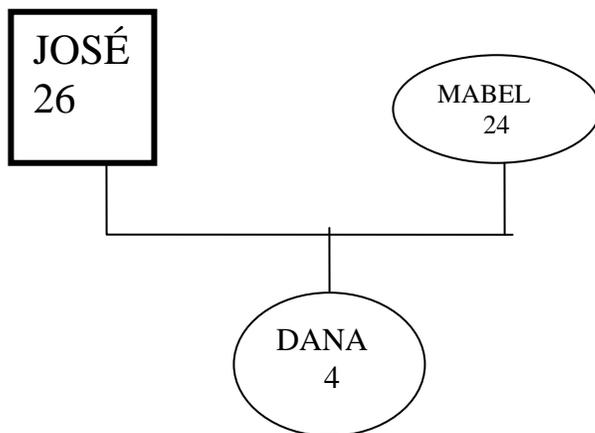
1. Inventario de depresión de beck, escala de desesperanza de beck y escala de ansiedad de hamilton

<i>Instrumento</i>	<i>Evaluación</i>
I.D.Beck	2=Altibajos Normales
E.D. Beck	0= Ausente
E. A. Hamilton	4= Ansiedad leve

Conceptualización cognitiva del caso

1. Información demográfica

- Nombres y Apellidos: J.L.S
- Edad: 26 años Sexo: Masculino Telf: XXX Estado civil: Casado



Diagnóstico

EJE I Trastorno de Dependencia al alcohol

EJE II Rasgos de personalidad límite

EJE III Posible lesión cerebral

EJE IV Conflictos familiares y laborales

EJE V 40-50 %

II. Puntuaciones en cuestionarios

<i>Instrumento</i>	<i>Evaluación</i>	<i>1era Semana</i>	<i>2da Semana</i>	<i>3era Semana</i>	<i>4ta Semana</i>
I.D.Beck	2=Altibajos Normales	1=Altibajos normales	0=ausente	0=ausente	0=ausente
E.D. Beck					
E. A. Hamilton	4= Ansiedad leve total	3=Ansiedad leve total	0=ansiedad ausente	0=ansiedad ausente	0=ansiedad ausente

Cuestionario de Depresión de Beck, Cuestionario de ansiedad de Hamilton y Escala de indefensión de Beck

III. Presentación del problema y funcionamiento actual:

Actualmente presenta a) historia de dependencia al alcohol b) pérdida del control llegando a la agresividad física a otras personas y a sí mismo c) ha sido despedido de su trabajo y d) separaciones y conflictos conyugales debido al consumo de alcohol.

IV. Perfil evolutivo

- Historia (familia, social, educacional, médica, psiquiátrica, profesional)}

El paciente nació en cuenca, vivió con sus padres y hermanos. El padre es alcohólico, estricto, de carácter fuerte y poco cariñoso. La madre es muy cariñosa y está siempre pendiente del cuidado de sus hijos. Existían muchos conflictos entre sus padres, el papá tomaba y era agresivo con la madre, razón por la que se separaron en varias ocasiones. En la escuela era un niño inquieto, travieso, independiente, amigable, reservado,

rebelde, desordenado y no respetaba horarios; dedicaba mucho tiempo a los deportes. Cuando entra al colegio tiene muchas dificultades en cuanto a la disciplina, se ranclaba y bebía en horas de clases, bajo rendimiento escolar, por lo que pierde cuarto curso. Se vuelve muy rebelde, cambia su vestuario por ropa negra únicamente, cabello largo, desafiando a las normas que le ponían sus padres. Cuando ingresa a la universidad descuida mucho los estudios porque se dedica a tomar y salir con sus amigos. Se casa hace 4 años, en un inicio tuvo una buena relación, la cual se deteriora por el consumo de alcohol. No logra terminar la universidad y trabajaba en ventas, actualmente se ocupa en un negocio propio.

- Relaciones (parientes, hermanos, compañeros, figuras autoritarias, otros significativos)

Es el segundo de tres hermanos, Marcos de 28 años, soltero, empleado privado, con el tiene algunos conflictos pero los saben resolver, y Ma. José de 21 años, soltera, estudiante, con ella tiene muy buena relación. En su hogar existían muchos problemas debido al alcoholismo del padre, quien maltrataba físicamente a su madre, es por esto que se dieron varias separaciones. Desde pequeño fue rebelde, no le gustaba seguir las reglas de sus padres, era desordenado, inquieto y travieso, por lo que tenía dificultades con sus maestros y en general con las figuras que representaban autoridad. Era muy amigable pero reservado, no tenía problemas en las relaciones con los compañeros. En la actualidad es una persona sociable que mantiene buenas relaciones sus amistades, sin embargo, tiene problemas al tener que acatar ordenes de las autoridades y además por su problema de adicción se ha deteriorado considerablemente la relación con su esposa, ya que cuando está en consumo se vuelve agresivo y provoca peleas ya sea en su hogar o en lugares públicos.

- Eventos significativos y traumas

El paciente describe como eventos significativos 1) Su agresividad cuando estaba en estado etílico ya que causaba destrozos y peleas. 2) Darse cuenta que tenía problemas con el alcohol. 3) Las múltiples separaciones con su esposa

V. Perfil cognitivo

Aplicación del modelo cognitivo a la paciente

a) Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

- Cuando bebe y se vuelve agresivo
- Cuando tiene peleas con su esposa
- Cuando no logra expresar sus sentimientos

b) Pensamientos automáticos típicos, afecto y conducta en estas situaciones

Pensamientos automáticos

“No puedo controlarme”

“Nadie me comprende”

“No debo contar mis problemas”

Afecto

Ira

Tristeza

Decepción

Conducta

Tomar alcohol, agresividad (se golpea a sí mismo o a los demás)

Creencias Nucleares

“Soy un bebedor social”, “soy como dinamita”

“soy un fracasado, no soy capaz”

“soy débil”

Creencias Condicionales

“Si no tomo no me divierto”

“Si no logro conseguir mis metas soy un fracasado”

“Si digo lo que me pasa a los demás soy un débil”

Reglas (deberes y obligaciones aplicadas a uno mismo y a los otros)

“Debo dejar de tomar”

“Debo cumplir mis metas para que mis padres se sientan orgullosos”

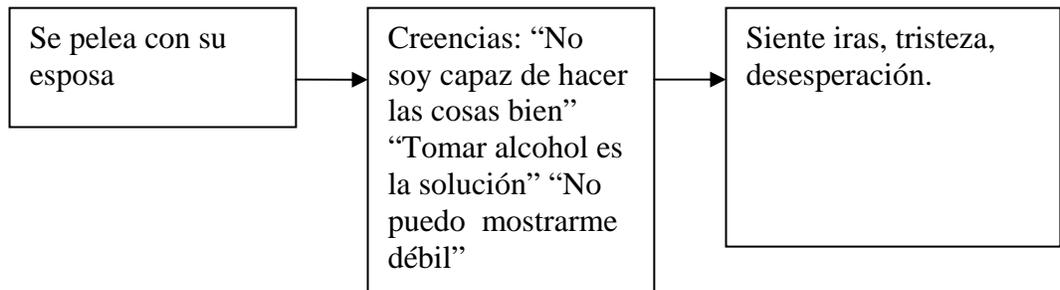
“Debo resolver mis problemas por mi mismo sin ayuda”

VI. Integración de los perfiles cognitivo y evolutivo

a) Formulación del autoconcepto y los conceptos de los otros

El paciente creía que pedir ayuda significaba ser débil, es por eso que era muy reservado, y cuando consumía alcohol se desinhibía y lograba sacar de manera brusca los sentimientos guardados. El paciente creía que ser como su padre era lo correcto, porque lo admiraba mucho.

b) Interacción entre los acontecimientos vitales y las vulnerabilidades



c) Estrategias compensadoras y de afrontamiento

Sale de la casa para no tener que enfrentar sus problemas

Tiende a consumir alcohol cuando se siente mal (tiene iras, siente tristeza)

d) Desarrollo y mantenimiento del trastorno actual

Baja tolerancia a la frustración ante la tristeza y la desesperación, lo que le lleva a consumir alcohol y volverse agresivo. Actúan creencias relacionadas con el alcohol como “tomar alcohol mejorará mis problemas”

VII. Implicaciones de la terapia

a) Aptitud para la intervención cognitiva (evaluar como baja, moderada o alta, añadir comentarios si se considera aplicable.

1. Capacidad psicológica: Alta
2. Objetividad: Moderada
3. Autoconciencia: Moderada
4. Comprensión del modelo cognitivo: Alta
5. Accesibilidad y flexibilidad de los pensamientos automáticos y creencias: Moderada
6. Adaptación general: Alta
7. Humor: Alto

b) Características de personalidad: Límite (ira inapropiada, impulsividad, relaciones interpersonales inestables)

c) Motivación de la paciente, metas y expectativas de la terapia: El paciente se muestra muy motivado al tratamiento. Los objetivos que tiene para la terapia son: dejar de consumir, mejorar sus relaciones interpersonales, controlar la impulsividad, retomar su carrera universitaria. El paciente tiene la expectativa de que la terapia le ayude a afianzar su recuperación y le permita mejorar su vida personal que se ha afectado por su adicción.

d) Metas del terapeuta

1. Enseñar al paciente a controlar, examinar y responder a los pensamientos automáticos negativos
2. Ayudarle a adquirir habilidades para afrontar los impulsos y el craving de tomar alcohol
3. Mejorar las relaciones familiares
4. Ayudarle a elaborar un plan de vida

e) Dificultades predecibles en la terapia:

1. Tiende a minimizar sus problemas
2. Tiene dificultad para reconocer sus pensamientos.

Tratamiento

El tratamiento de J.L.S consistió de ocho sesiones, dos por semana; la terapia fue relativamente corta porque se dispuso del último mes de internamiento del paciente en el centro. La estructura de las sesiones siguió el formato sugerido por Beck (1993). Se inició la sesión con una verificación de los síntomas del trastorno de dependencia al alcohol y del estado de ánimo, después se determinó la agenda de cada sesión de tratamiento. La agenda se modificó en cada sesión de acuerdo con fase del tratamiento, (la primera sesión se dio la explicación del modelo cognitivo y en la última se enfocó la prevención de recaídas) y las dificultades que el paciente presentaba al inicio de cada sesión. El siguiente paso consistió en revisar la tarea que el paciente debía haber llevado a cabo desde la última sesión de tratamiento; también se discutían los problemas que habían ocurrido mientras se llevaban a cabo dichas tareas. Luego se trabajaba en los puntos señalados en la agenda, decidiendo una nueva tarea. Al final el paciente hacía un resumen y comentaba la sesión.

Al inicio de la terapia el paciente tuvo dificultad al identificar los pensamientos automáticos, por lo que se realizaba durante las primeras sesiones, conjuntamente con el sujeto, el registro diario de pensamientos, lo que fue de gran ayuda para que pueda llevar a cabo la tarea que se le pedía entre sesiones. En la primera sesión, se educó a J.L.S en lo relacionado al Trastorno de Dependencia al alcohol y al modelo cognitivo de este trastorno; se le dio una interpretación alternativa sobre sus pensamientos negativos. En este primer encuentro, se discutieron los objetivos de la terapia, y conjuntamente con el paciente se determinaron los siguientes:

1. Disminuir el deseo de consumir alcohol (craving)
2. Manejar sentimientos de enojo e ira
3. Mejorar la capacidad para expresar sentimientos a otros
4. Elaborar un plan de vida: retomar carrera universitaria y el trabajo perdido.

De acuerdo con los objetivos ya mencionados, en las sesiones siguientes el paciente adquirió habilidades para reconocer las conductas desadaptativas ante los pensamientos negativos y aprendió a desarrollar estrategias más adecuadas. En base a los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación se determinó aplicar las siguientes técnicas de tratamiento:

Primer objetivo: “Disminuir el deseo de consumir alcohol (craving)”

- Registro diario de pensamientos automáticos: El paciente tuvo dificultad al reconocer los pensamientos automáticos, sin embargo, logró identificarlos a través del uso del registro diario. Se trabajó con las distorsiones cognitivas que se evidenciaron en el discurso del paciente y en los cuestionarios. Además se le

asignó como tarea la lectura del un pequeño fragmento acerca de las distorsiones, lo que apoyó el reconocimiento de las mismas.

- Técnica de la flecha descendente: Se descubrieron las creencias nucleares que sostenían la conducta adictiva.
- Análisis de ventajas y desventajas de consumir alcohol. Esta técnica permitió que el sujeto pueda reconocer sus creencias erróneas, y darle una respuesta racional a las mismas.
- Reestructuración cognitiva de las distorsiones identificadas: Magnificación y minimización, recompensa divina y sentimientos de culpa
- Técnicas de imaginación y distracción: Se entrenó al paciente para que pueda enfrentar las situaciones que puedan presentarse cuando salga del internamiento, ya que esto provoca una fuerte preocupación
- Entrenamiento en relajación: se utiliza como herramienta contra el craving. El paciente se siente atraído por esta técnica por lo que se obtuvo buenos resultados

Segundo objetivo: “Manejar sentimientos de enojo e ira”

- Búsqueda de evidencia para manejar los pensamientos automáticos: El paciente presentó dificultad al evaluar sus creencias, sin embargo, después de identificarlas pudo dar alternativas más adecuadas
- Técnicas de imaginación y distracción: permitieron al paciente descubrir soluciones prácticas que puede utilizar para manejar a ira, se practicó durante la sesión.
- Rol-playing: Esta técnica fue muy útil porque pudo reconocer durante el intercambio de roles cuales eran las causas que le llevaban a sentir ira, y por lo tanto facilitó el cambio de actitud.
- Técnicas de resolución de problemas: se entrenó al paciente para que adquiera habilidades como: apartarse de interpretaciones personales en el momento de la ira y abordar el problema cooperando a pesar del enojo.

- Entrenamiento asertivo: Se realizaron ensayos conductuales para incorporar el comportamiento asertivo ante una situación conflictiva específica.
- Lectura de textos sobre el tema

Tercer objetivo: “Mejorar la capacidad para expresar sentimientos a otros”

- Búsqueda de evidencias para manejar pensamientos automáticos: El sujeto presentaba dificultad al expresar sus sentimientos, es por eso que se buscaron las creencias básicas que sostenían la conducta problema. Se logró modificar dichas creencias después de someterlas a prueba de realidad.
- Rol-playing: Esta técnica fue muy útil porque el paciente pudo ponerse en el lugar del otro, lo que le causaba mucha dificultad. Se entrenó en escucha activa con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales.
- Entrenamiento asertivo: Se realizaron ensayos conductuales para mejorar su capacidad verbal para expresar sus conflictos. La técnica utilizada permitió al sujeto practicar conductas que le causaban dificultad, en un ambiente seguro en donde podía cometer errores sin tener consecuencias reales.

Cuarto objetivo: “Elaborar un plan de vida: retomar carrera universitaria”

- Práctica Cognitiva: retomar la carrera universitaria era un objetivo que el paciente no había podido llevar a cabo durante algún tiempo, por lo que se utilizó esta técnica sirvió para que el sujeto imagine los pasos que debe seguir para obtener el objetivo deseado. Identificó los posibles obstáculos que podían presentarse para no llevar a cabo este objetivo.
- Búsqueda de soluciones alternativas: el paciente reconoció los posibles obstáculos, a partir de ellos se propusieron distintas alternativas que ayudaron al paciente a tener una visión más amplia de las dificultades que tenía y de los recursos con los que contaba.

- **Planificación:** Se elaboró un plan estructurado, en el cual constan las metas que se desea alcanzar y los medios alternativos para conseguirlas.

En la última sesión se enfocó en la terminación del tratamiento y en la prevención de recaídas, analizando técnicas para manejar retrocesos o recaídas. Se revisaron las técnicas que se habían utilizado a lo largo del tratamiento y se le aconsejó al paciente que continuara aplicándolas incluso después de culminada la terapia.

CONCLUSIONES

Después de culminar las 4 semanas de terapia, se han llevado a cabo los objetivos que se plantearon al inicio del proceso. El paciente ha tenido una actitud positiva y colaboradora, se logró una buena relación terapéutica. Los resultados de la terapia se han evaluado mediante el informe del paciente sobre cada sesión de terapia, a través del cual se fueron registrando los logros obtenidos. El paciente modificó algunas de sus creencias básicas, se entrenó en habilidades sociales mejorando su asertividad, se entrenó en relajación, se preparó en prevención de recaídas y elaboró un plan de vida.

CONCLUSIONES

Para llevar a cabo el proceso terapéutico es importante considerar un determinado orden, es por eso que mediante este trabajo se han realizado cada etapa a seguirse en la aplicación de la terapia cognitiva conductual de Beck. Como primer paso se describieron claramente los principios y conceptos básicos de la terapia, con el fin de conocer claramente cuales son los fundamentos que se utilizan en este modelo. El segundo capítulo está constituido por la primera fase del proceso terapéutico, en donde se trató el tema de la evaluación, la conceptualización del caso y la estructura de las sesiones de terapia. En el tercer capítulo se consideró necesario realizar una explicación detallada de las técnicas y estrategias más utilizadas en la terapia, instrumentos indispensables para que el terapeuta pueda brindar al paciente alternativas adecuadas para la solución de la problemática que lo ha llevado a consulta. Para concluir con las fases del proceso se explicó cómo se debe realizar su terminación, cuáles son las dificultades que pueden presentarse y cómo pueden prevenirse las recaídas. La última parte del trabajo tiene la finalidad de llevar a la práctica el marco teórico desarrollado en los capítulos anteriores, razón por la cual se presentó un caso en el que se aplicó el modelo de psicoterapia de Beck, describiendo cada etapa del proceso y los resultados que se obtuvieron.

BIBLIOGRAFÍA

- BALAREZO, Lucio “Psicoterapia” Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2003, 334 pág. 2da Edición
- BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur y otros “Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad” España, Ediciones Paidós Ibérica, 1995, 545 pág. 1 era Edición
- BECK, Aaron, WRIGHT, Fred, COREY, Newman, BRUCE, Liese “Terapia cognitiva de las drogodependencias” España, Ediciones Paidós Ibérica, 1999, 461 pág.
- BECK, Aaron, RUSH, John, BRIAN, Shaw, EMERY, Gary, “Terapia Cognitiva de la Depresión” España, Editorial Desclee de Brouwer, 1983, 377 pág. 3era Edición
- BECK, J.S “Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización”, España, Editorial Gedisa, 2000

- BURNS, David “Sentirse bien”, España, Editorial Paidós, Barcelona/Buenos Aires, 424 pág.
- CARO, Isabel (compiladora) “Manual de psicoterapias cognitivas: El estado de la cuestión en terapia cognitiva” Editorial Paidós, Barcelona/ Buenos Aires, 1997, 463 pág, 1era Edición
- DATILIO, Frank, PADESKY, Christine, “Terapia Cognitiva con parejas” España, Editorial Desclee de Brouwer, 2000, 122 pág. 2da Edición
- FRIEDBERG, Robert, McCLURE, Jessica “Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes” España, Editorial Paidós, 2005, 420 pág.
- AVINO, Aurora “Guía de ayuda al terapeuta cognitivo conductual” España, Ediciones Pirámide, 1997, 115 pág.
- MORENO, Fernando (coordinador general) “Diccionario de Pedagogía y Psicología” España, Editorial Cultura, 2002, 376 pág.
- TORO, José, YEPEZ, Luis “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” Colombia, Quebecor World, 1997, 412 pág. 3era Edición

- Revista Electrónica de Psicología Iztacala “Reflexiones sobre la psicoterapia cognitivo-conductual” www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/Tecnicascognitivoconductuales.htm Vol. 5 No. 1 abril de 2002
- SANCHEZ, José, SANCHEZ, Justo, “Psicoterapia cognitiva de Beck” 1992, Texto electrónico www.psicología-online.com