

TECANA AMERICAN UNIVERSITY
Accelerated Degree Program
Doctorate of Science in Cognitive Psychology



INFORME N° 4

Diseños terapéuticos en el proceso cognitivo

Navidia García Rodríguez

“Por la presente juro y doy fe que soy el único autor del presente informe y que su contenido es fruto de mi trabajo, experiencia e investigación académica”.

Caracas, abril de 2.009

ÍNDICE GENERAL

	Página	
INTRODUCCIÓN	3	
OBJETIVOS	5	
CAPÍTULOS		
I.- PROCESO COGNITIVO		
Teoría cognitiva constructivista	6	
Teoría psicoevolutiva cognitiva	7	
Teoría psicoevolutiva sobre los procesos emocionales.....	9	
II.- RELACIÓN TERAPÉUTICA		11
Elementos de la relación terapéutica.....	11	
Fases generales del proceso terapéutico.....	14	
Programación de sesiones	17	
III.- DISEÑO DE TRATAMIENTOS COGNITIVOS CONDUCTUALES		18
Depresión no psicótica	18	
Duelo patológico	20	
Trastorno de ansiedad generalizada	22	
Trastorno de pánico.....	24	
Fobia específica	26	
Fobia social	28	
Trastorno obsesivo- compulsivo	30	
Disfunciones Sexuales	31	
Alteraciones a nivel de la fase de la situación/estimulo sexual	34	
Alteraciones a nivel de la fase de respuesta	35	
Alteraciones a nivel de la fase del tiempo de funcionamiento sexual.....	36	
CONCLUSIONES	37	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	39	
ANEXOS	40	
Anexo 1.....	40	
Anexo 2.....	41	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estabilidad y cambio terapéutico.	9
Tabla 2. Modelo de funcionamiento nuclear del individuo.....	10
Tabla 3. Actitudes y conductas inadecuadas del consultante y su manejo cognitivo	13
Tabla 4. Actitudes y conductas inadecuadas del terapeuta y su manejo cognitivo.	14
Tabla 5. Programación de sesiones	17

INTRODUCCIÓN

Bajo el rubro de terapia cognitivo-conductual nos referimos a diversas intervenciones terapéuticas en las distorsiones cognitivas cuyo efecto se observa tanto en la conducta como en las emociones, por tanto se requiere de la reestructuración cognitiva, la cual se constituye a su vez en el fin último de la terapia cognitivo conductamental.

Esta forma de terapia esta basada en la noción de lo que se piensa tiene que ver con la etiología y el mantenimiento de ciertos trastornos. Sus intervenciones terapéuticas buscan reducir o eliminar el problema que le aqueja al consultante, así como aumentar su capacidad de adaptación intercambiando conductas y pensamientos problemáticos y adquiriendo nuevas formas de procesar información.

Para el éxito de la psicoterapia se requiere conocer como surgen los procesos cognitivos, cuyo aspecto fundamental es la capacidad de relacionar y crear esquemas que permitan comprender la realidad a partir del conocimiento acumulado.

Dentro de las teorías que explican el proceso cognitivo se encuentra la constructivista que refiere que el hombre es responsable de la construcción de su propio mundo, esto se traduce en una realidad individual, además sugiere hacer el abordaje desde la experiencia del consultante para la consolidación del patrón de comportamiento propuesto por el plan terapéutico.

Asimismo se expuso la teoría psicoevolutiva propuesta por Piaget, donde se presenta la capacidad del individuo para adaptarse a su medio ambiente; esta capacidad le permitirá crear esquemas y estructuras cognitivas durante todos los momentos evolutivos y se irán modificando al pasar por las distintas etapas del desarrollo.

Un aspecto importantísimo dentro del proceso de socialización del niño que repercute durante su vida de adulto será la manera como se relacionen los

adultos responsables del cuidado (padres o cuidadores inicial) del niño de esta relación se generará una relación de apego, esta relación determinará en gran medida las primeras estructuras cognitivas. Sobre esta posición Bowlby formuló lo que actualmente se conoce como la Teoría del Apego.

Para iniciar un proceso terapéutico exitoso, además de conocer los procesos cognitivos que le dan estabilidad a la conducta, se requiere de un elemento vital, establecer una relación terapéutica de calidad en la cual el terapeuta conozca a profundidad las técnicas a utilizar dentro del plan de acción y el consultante se haga responsable de manera activa en alcanzar los objetivos propuestos en el menor tiempo posible y con la garantía de la triada pensamiento – afecto – conducta se podrán modificar permanentemente.

Esta relación de calidad quedará demostrada por el respeto entre ambos miembros de la relación, conociendo en amplitud las variables intervinientes, el problema, mostrando el terapeuta cualidades para un rapport que genere confianza y seguridad en el consultante.

Los motivos de consulta al terapeuta son incalculables sin embargo para tratar de organizar los tipos de trastorno existe el Manual Estadístico de Diagnóstico de Desórdenes Mentales IV elaborado y actualizado por la Asociación de Psiquiatría Americana, el cual clasifica los distintos trastornos, en el presente informe se citan ocho (8) trastornos, elegidos de acuerdo a las pautas presentadas por TECANA University. Sin embargo, por razones inherentes al formato y cantidad de páginas establecidas sólo pudimos desarrollar estos ocho trastornos, lo que no significa que aquellos que no fueron tomados en cuenta sean menos significativos que los seleccionados.

En este sentido se presenta el trastorno en particular, se mencionan los objetivos cognitivos conductuales a alcanzar mediante la terapia y se muestran las distintas técnicas a utilizar durante el plan terapéutico.

OBJETIVOS

El siguiente trabajo versa sobre los procesos de la relación terapéutica y los diseños terapéuticos cognitivos conductuales. Para el desarrollo del mismo se planteó un objetivo general y tres objetivos específicos que a continuación se presentan.

OBJETIVO GENERAL

Mostrar diseños terapéuticos en el proceso cognitivo -conductual

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Exponer los principales procesos cognitivos como base de la estabilidad conductual
- 2.- Describir los elementos básicos de la relación terapéutica
- 3.- Exponer los diseños de tratamientos cognitivo - conductual

CAPITULO I

PROCESO COGNITIVO

Para una mejor comprensión del proceso terapéutico se hace necesario considerar las siguientes teorías cognitivas planteadas por Ruiz y Cano (s/f) en el Manual de Psicoterapia Cognitiva sobre procesos cognitivos desde las siguientes teorías: la cognitiva constructivista, la psicoevolutiva cognitiva y la del apego o vinculación.

Teoría cognitiva constructivista

Mahoney, Michel es el autor citado para exponer la teoría cognitiva constructivista, la cual considera al ser humano como un espectador del mundo que le rodea, construye sus experiencias de acuerdo a la manera como percibe el mundo, le asigna significados desde su percepción, llevándolo a aseverar: “la realidad es personal”, el prototipo de las cogniciones es responsables de originar emociones organizarlas y así construir un significado y crear patrones para clasificar las experiencias.

Este proceso es tácito, hay un orden y coherencias entre el conocimiento que se tiene sobre el objeto o situación. La tendencia natural es, a partir de lo conocido, encajar la nueva experiencia dentro del esquema cognitivo.

También identifica otro proceso, a un nivel explícito, el de contraste que se encarga de establecer semejanzas y diferencias entre la experiencia y las discrepancias de la percepción.

El proceso de contraste se realiza por medio de los conocimientos tácitos e ínter actuación de los explícitos, cuyo papel preponderante es el del nivel tácito

Para esta teoría el paciente deja de serlo, para convertirse en un actor activo abordando los significados asignados a los hechos que no le han permitido

solucionar sus problemas. La terapia debe proponer nuevas experiencias para desarrollar innovadores patrones de comportamiento.

La terapia constructivista procura adaptar las técnicas y recursos empleados a la experiencia de vida, características y personalidad de los consultantes. Por consiguiente, tiende a generar cambios más duraderos, rápidos y profundos que otras terapias sin necesidad de invertir tanto esfuerzo, tiempo o dinero.

Teoría Psicoevolutiva cognitiva

El autor citado para explicar la teoría psicoevolutiva cognitiva es Piaget, Jean cuya premisa es “la inteligencia es un caso concreto de adaptación biológica” y demostró como va cambiando el pensamiento durante el crecimiento del individuo.

Los conceptos básicos de la teoría de Piaget son los siguientes:

ESQUEMA: es una actividad operacional, se repite primero de forma refleja y posteriormente se instaura de manera que estímulos sin ningún significado anterior o parecido pueden utilizarlo convirtiéndose en operaciones mentales. Las experiencias propias del desarrollo evolutivo del individuo generaran los nuevos esquemas, se mezclarán con los anteriores para dar una secuencia de acuerdo al momento evolutivo.

ESTRUCTURA: Es un conjunto de esquemas, constituyen el conocimiento organizado luego de la percepción de algún hecho u objeto. Para pasar de un estadio a otro el niño debe utilizar las estructuras ya instauradas.

ORGANIZACIÓN: el aprendizaje sólo sucederá luego del ordenamiento de acciones por parte del sujeto, para conservar de manera coherente los flujos de interacción con el medio ambiente.

ADAPTACIÓN: busca el equilibrio entre la asimilación y acomodación. Permitiendo al sujeto ajustarse de manera armónica con el medio. La asimilación hace referencia a la incorporación de los nuevos hechos u objetos a la realidad del sujeto; la acomodación, implica modificar las estructuras cognitivas para la mejor adaptación a las demandas del medio.

EQUILIBRIO: Se encarga de regular las interacciones del sujeto con la realidad, para incorporarla al repertorio de las estructuras cognitivas.

Ya conocido los conceptos básicos que sustentan la teoría de Piaget se debe destacar el enunciado de los cuatros (4) estadios en el desarrollo cognitivo desde la infancia hasta la adolescencia, de los cuales se hará un breve señalamiento; la mayor profundidad que la autora desea presentar durante el desarrollo de este informe esta dirigida a los diseños de tratamiento cognitivo conductual.

Estadio Sensorio Motor, desde el nacimiento hasta aproximadamente un año y medio a dos años, uso predominante de los sentidos para conocer lo que le rodea, su guía inicial serán los reflejos innatos los cuales los ira combinado paulatinamente con capacidades sensoriales y motrices, preparación necesaria para pensar con imágenes y conceptos.

Estadio Preparatorio, tiene lugar aproximadamente entre los 2 y los 7 años de edad. El proceso cognitivo se caracteriza por el juego simbólico, la intuición, el egocentrismo, la yuxtaposición y la irreversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades).

Estadio De Las Operaciones Concretas. De 7 a 11 años. Usa la lógica y símbolos para la resolución de problemas.

Estadio De Las Operaciones Formales. Desde los 12 en adelante (toda la vida adulta). El cerebro esta capacitado para tener pensamientos abstractos y/o hipotéticos deductivos.

Estos estadios refieren que existe un equilibrio interno entre la asimilación y la acomodación el cual se observa en la medida que el niño se va relacionando con su medio ambiente. Incorporando y reajustando las experiencias obtenidas para ir cambiando las repuestas, los esquemas y por ende las estructuras cognitivas.

Este proceso esta presente durante todo el ciclo vital y él lo divide en tres niveles de equilibrio los cuales enumera en orden de complejidad:

- 1 Determinan los esquemas del sujeto y los acontecimientos externos.
- 2 Establecen los esquemas propios del sujeto.
- 3 Presentan una integración jerárquica de esquemas diferenciados.

(Santamaría, S y otros. Teorías de Piaget: www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml)

Según lo explicado por Ruiz y Cano, la teoría piagetiana ha sido utilizada por Cottaux para explicar la estabilidad y el cambio terapéutico. (Tabla 1)

Tabla 1. Estabilidad y cambio terapéutico. Fuente: Ruiz y Cano. Manual de Psicoterapia Cognitiva. Elaboración propia

ESTIMULO-----ESQUEMA-----EVENTOS
COGNITIVOS
EMOCIONAL
CONDUCTA (motora, verbal)

Teoría psicoevolutiva sobre los procesos emocionales

La teoría que expone estos procesos es la teoría del apego cuyo propósito fundamental es explicar que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto.

El autor que explica esta teoría es Bowlby, John; basado en datos experimentales se refiere a la presencia de la figura de apego, quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo.

Su teoría defiende tres postulados básicos:

1. Si el individuo tiene plena seguridad en la presencia de su figura de apego siempre que la requiere, tendrá menos temores.
2. La confianza se adquiere gradualmente durante el desarrollo del individuo.
3. Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Entonces se puede afirmar: las experiencias del adulto juegan un papel importante para la formación de las primeras estructuras cognitivas y las influencias negativa con respecto al comportamiento maternal y de otros adultos significativos para él. Las experiencias tempranas tienen un papel protagónico en la formación de las primeras estructuras cognitivas.

Asimismo ese vínculo que se crea con los padres o cuidadores iniciales del niño tiene una doble función: de protección y socialización. La protección reside en tener la seguridad que ese adulto dará la protección necesaria en los momentos de peligro y la socialización consiste en desplazar “las relaciones iniciales con la madre a las personas más próximas y de aquí a otros grupos más amplios” (Ruiz y Cano. s/f).

Esta teoría asegura el desarrollo y funcionamiento básico de cuatro operaciones, a continuación se citan en el Modelo de funcionamiento nuclear del individuo. Tabla 2

Tabla 2. Modelo de funcionamiento nuclear del individuo. Fuente: Ruiz y Cano. Manual de Psicoterapia Cognitiva. Elaboración propia

Evaluación interpersonal	Valoración de la presencia de otros adultos en la relación con el niño.
Auto /Hetero-confianza	Saberse con la capacidad de afrontar problemas y la visión de confianza en las personas cercanas
Modelo o estilo atribucional	A partir de una visión positiva atribuirle causas y significados a los hechos a partir del funcionamiento de la figura de apego.
Seguridad y autonomía	Ante una figura presente para auxiliar en cualquier momento, el niño se alejara con la seguridad de

tener ayuda si la requiriera.

CAPITULO II

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación terapéutica es el vínculo que se establece de manera deliberada entre el consultante y el terapeuta; para que, mediante un conjunto de estrategias y procedimientos, se eliminen, modifiquen o retarden síntomas existentes, cambien patrones alterados de conducta y se promueva el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad

Para el éxito de esta relación se requieren cinco (5) elementos relacionales básicos sugeridos por Beck (1979) y Ellis (1989) (citado por Ruiz y Cano), estos son: Características deseables del terapeuta, interacción y colaboración terapéutica, reacciones de transferencia y contratransferencia y resistencia al cambio terapéutico.

Elementos relacionales

1.- Las características deseables del terapeuta según explica Rogers, 1951 (citado por Ruiz y Cano) estas son:

LA ACEPTACIÓN, mostrada ante la problemática planteada; se evidencia con el interés prestado por el terapeuta hacia la problemática expuesta por el consultante.

LA EMPATÍA, comprensión del problema desde la óptica del consultante, hecho que le dará la oportunidad de acelerar y seleccionar las estrategias o técnicas adecuadas para la intervención

LA AUTENCIDAD, observada esta como la veracidad y franqueza con la cual el terapeuta de una manera atinada y respetuosa explica al consultante los detalles del plan terapéutico a seguir.

Es importante para el terapeuta un justo equilibrio de las tres cualidades antes mencionada para no generar dependencia, aprobación a los problemas que el consultante trae al consultorio. El terapeuta debe tener su propia filosofía de vida

y amplio y claro manejo del enfoque cognitivo a seleccionar para aplicar la terapia de manera congruente.

Otro elemento a considerar es EL SENTIDO DEL HUMOR pues permite romper la rigidez que en un momento determinado tome una sesión y también concede cercanía y confianza con el consultante.

2. - La interacción y colaboración terapéutica para Beck tiene tres condiciones:

A.- LA CONFIANZA BÁSICA: la percepción del paciente sobre el terapeuta, este es considerado como alguien que inspira confianza y además está interesado en oír la dificultad por la cual está atravesando el consultante. Esta permitirá alcanzar la autonomía requerida para realizar las tareas asignadas fuera del consultorio.

B.- EL RAPPORT: es considerado como el acuerdo establecido entre ambas partes (terapeuta y consultante) sobre las metas y objetivos a alcanzar durante la terapia. Con ello se consigue sintonía y cercanía.

C. – COLABORACIÓN TERAPÉUTICA: implica el equipo de trabajo que deben formar ambos miembros de esa relación (consultante - terapeuta) a identificar distorsiones cognitivas y realizar las tareas. (Ver anexo 1).

3.- Reacciones de transferencia y contratransferencia: al ejecutar esas tareas suelen aparecer cogniciones disfuncionales. Las transferencias son percepciones erróneas del consultante lo que puede ocasionar pensamientos (positivos o negativos) y estos restringen el adecuado desarrollo del plan terapéutico. La contratransferencia se refiere también a percepciones erróneas del terapeuta hacia el consultante situación que impediría el éxito de la terapia.

4. – Resistencia al cambio terapéutico: Son las conductas tanto del terapeuta como del consultante que dificultan el desarrollo del plan terapéutico, Ruiz y Cano han considerado dos estrategias para el manejo de la resistencia.

a.- estrategias de modificación: Reside en la identificación de las cogniciones y conductas que intervienen en la consecución de los objetivos terapéuticos, luego seleccionar las alternativas.

b. - estrategia de respeto: igual que en la estrategia anterior se divisan las cogniciones y conductas, se aceptan y analizan tratando de ubicarlas dentro del contexto histórico del individuo.

De acuerdo al método de la terapia cognitiva según Beck citado por Ruiz y Cano, se describirán algunas actitudes y conductas inadecuadas de los consultantes y terapeutas y cómo debería ser el manejo cognitivo. Tabla 3 y 4

Tabla 3. Actitudes y conductas inadecuadas del consultante y su manejo cognitivo. Fuente: Ruiz y Cano. Manual de Terapia Cognitiva. Elaboración propia

Resistencia del consultante	Manejo cognitivo
Concepto erróneo de persona especial (narcisista)	Evitar confrontación directa del concepto. Revisarlo cuando el consultante expresa situaciones que le han causado rechazo
Creencia irracional de minusvalía	Evidenciar las fortalezas reales y los miedos que acusan déficits conductuales.
Demanda del consultante sobre la garantía absoluta de la cura del trastorno	Informar sobre la imposibilidad absoluta de esa meta, pero garantizar honestidad, y solicitar a la participación activa del consultante como condición importante para la mejora.

Tabla 4 Actitudes y conductas inadecuadas del terapeuta y su manejo cognitivo. Fuente: Ruiz y Cano. Manual de Terapia Cognitiva. Elaboración propia

Resistencia del Terapeuta	Manejo cognitivo
Partir de un visión simplista al analizar la situación del consultante	Reconocer al proceso terapéutico como un conjunto de actividades enlazadas donde el consultante es un actor activo
Ignorar factores externos que potenciarían el éxito de la terapia	Brindar importancia a la colaboración, a las recaídas como oportunidad de identificar pensamientos automáticos, a las alternativas descubiertas por el consultante
Estereotipar al consultante, dentro de sus rasgos de personalidad	Identificar la conducta problema y no confundir al consultante como persona problema. Ubicar los aspectos cognitivos y afectivos para el cambio

De acuerdo a lo expresado anteriormente se visualiza la responsabilidad de ambos miembros de la relación para la consecución de los objetivos y metas planteados en cada plan de acción terapéutico. Estos deben ser realistas.

Fase general del proceso terapéutico.

El terapeuta debe conocer en amplitud en método seleccionado e informar de una manera precisa y objetiva lo que se espera del consultante. En caso de un estancamiento o recaída buscar sin angustia los detalles que puedan dar repuesta a lo ocurrido.

Para iniciar el proceso terapéutico suele establecerse como punto de inicio las siguientes interrogantes

¿Cuál es el desajuste o situación problema?

¿Cuándo se inició?

¿Desde cuándo lo padece o le incomoda?

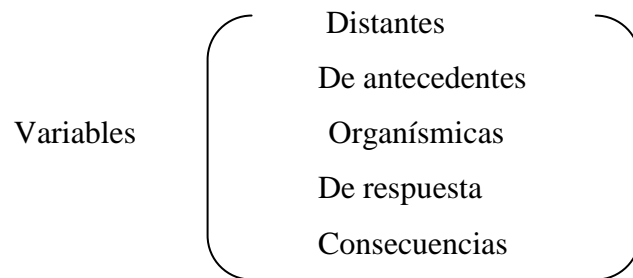
¿Qué ha hecho para cambiarlo?

¿Cómo se puede transformar?

Al conocer la exposición minuciosa de la repuestas, el terapeuta hará el análisis para obtener la interrelación entre el pensamiento – afecto – conducta. Asimismo, utilizará la historia biográfica para realizar un mapa clínico de patogénesis (MCP).

Este mapa es considerado por Nezu y Nezu (1989) citado por los mismos autores en 2006 como “una descripción gráfica de la variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado...” Pág 28

Los elementos que constituyen el MCP son:



Variables distantes son hechos biográficos responsables del surgimiento inicial de la vulnerabilidad, trastorno, desajuste o situación problema.

Variables de antecedentes es el conjunto elementos relacionados con el ambiente social y físico que operan como estímulos desencadenantes o discriminativos.

Variable organísmicas: abarca el área conductual, afectiva biológica, social, étnica, cultural. Se manifiestan como mediadora de la variable antecedentes. Ejemplo “las habilidades sociales deficientes (variable cognitiva), excitación y temor elevados, (variable emocional), padecimientos coronarios (variable biológica)”

Variables de respuestas: se refiere a resultados instrumentales relacionados con el consultante que se asocian de manera estrecha a las metas de resultados finales del consultante.

Variable de consecuencias. La diversidad de elementos relacionados consigo mismo y su entorno. Según la naturaleza y la intensidad será la probabilidad de aumentar o disminuir la aparición de la conducta. Para una mejor comprensión de estas variables ver el anexo 2, se mostrará un ejemplo de mapa clínico patogénesis, presentado por Nezu y otros

La elaboración de este mapa conducirá a la comprensión de la problemática de consultante y por tanto el terapeuta tomará las decisiones para la elaboración de un plan de acción personalizado

Este plan ha de ser compartido con el consultante para la comprensión y visión, facilitando así la selección de las estrategias, revisiones para su ajuste de acuerdo a un ritmo personalizado y a la idiosincrasia del consultante, destacando siempre los logros alcanzados por el consultante aun cuando estos sean pequeños.

Es importante destacar el papel participativo y protagónico del consultante dentro del equipo, su poder en la toma de decisiones es preponderante lo convierte en responsable de las metas propuestas, previamente y conjuntamente con el terapeuta, lo cual minimiza el riesgo de abandono a la terapia.

En seguida de generar al plan de acción y alcanzar las metas propuesta el terapeuta debe desarrollar una fase de mantenimiento y generalización del pensamiento, afecto y conducta (PAC) que aseguren la permanencia de los logros y evite las recaídas.

De acuerdo a lo expresado anteriormente se requiere entonces de cuatro etapas para el desarrollo del proceso terapéutico, el primero consiste en la identificación con detalles de la situación y definir problema el problema presente en términos de la relación pensamiento- afecto- conducta.

Luego la identificación de las variables y su interrelación a través de un mapa clínico de patogénesis (MAP) una vez establecida la relación entre ellas se plantea un plan de acción conjuntamente con el consultante ser toman las decisiones que aseguren el logro de las metas propuestas.

Una vez alcanzado los resultados previstos se deben fortalecer, mantener y generalizar las modificaciones en el PAC.

Programación de las sesiones

De acuerdo a Beck citado por Ruiz y Cano las sesiones se deben programar en tres partes una fase inicial que permita establecer el rapport y se explique y acuerde el desarrollo del plan terapéutico. La segunda fase de desarrollo, se asignan tareas para el hogar y la educación cognitiva y la fase terminal se le solicita al consultante haga un resumen del trabajo realizado y se verifica la comprensión de las actividades asignadas para la casa. El número de sesiones no debería exceder de 20 y una duración de 45 minutos cada una, cuando la problemática no es severa. Ver tabla 5

Tabla 5. Programación de sesiones. Fuente: Figura 16, pág 80. Ruiz y Cano. Manual de Terapia Cognitiva

I. Fase inicial:

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

II. Fase de desarrollo:

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

III. Fase terminal:

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

CAPITULO III

DISEÑOS DE TRATAMIENTOS COGNITIVOS CONDUCTUALES

La terapia cognitivo conductual alcanza un gran éxito en el abordaje de los distintos trastornos pues observa al ser humano desde la triada biopsicosocial lo cual revela, al alterarse uno de elementos de la triada este necesariamente afecta a los dos restante, lo que quiere decir, el diseño seleccionado para intervenir la conducta ha de ser presentado y analizado con amplitud para el alcance del equilibrio entre los tres elementos.

A continuación se describirán distintos trastornos del comportamiento y el diseño de tratamientos cognitivo conductual bajo el análisis del Manual de Terapia Cognitiva presentado por Ruiz y Cano (s/f)

Tratamiento de la depresión no psicótica

La mayoría de los terapeutas considera a la depresión como algo muy frecuente dentro de los trastornos de salud mental, la causa es multifactorial sin embargo se apoya la tesis de la predisposición genética y el medio ambiente como estimuladora a la aparición de la depresión.

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edición, Text Revision (DSM IV), cinco de los nueve síntomas que a continuación se nombran deben estar presentes cada día durante dos semanas continuas.: estado de ánimo triste, pérdida constante del interés o placer, poco o excesivo apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpabilidad excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones y pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas de suicidio

Se reconocen tres tipos clases de depresión:

Depresión bipolar: de presentan ciclos de depresión y de manía, las expresiones son contradictorias.

Depresión mayor: son episodios de sufrimiento que interfieren gravemente en la vida cotidiana de la persona, puede presentarse de forma leve, moderada y severa.

Distimia: es una alteración del estado de ánimo la tendencia es estar irritable o melancólico. (Colina, 1994)

El diseño a considerar en el consultante se base en el modelo formulado por Beck (1979) citado por Ruiz y Cano el cual parte de la hipótesis “el sujeto depresivo tiene unos esquemas tácitos o inconscientes que contienen un organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos”

Los objetivos a alcanzar en el tratamiento de la depresión son:

- Disminuir las distorsiones cognitivas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Incrementar las habilidades sociales.

Para disminuir las distorsiones cognitivas se han de confrontar las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación o minimización de los eventos y personalización y el pensamiento dicotómico. Para estructurar una filosofía de vida flexible hacia si mismo hacia sus semejantes, su entorno y las contingencias que se derivan de la interrelación.

Incrementar las habilidades de autocontrol a través de las tareas graduadas, para ello se debe jerarquizar las acciones cotidianas de forma gradual, primero aquellas que impliquen menor esfuerzo y gratificando cada logro por pequeño que parezca.

El incremento de habilidades sociales. Según Sarason (1993) se logra en cuatro partes: *“Primero, se enseñan al paciente las habilidades sociales verbales y no verbales que se centran en pequeños segmentos del comportamiento deseado y después, cuando estas se aprenden, el paciente practica de manera gradual al juntar los segmentos. Después de ensayar estas partes con el terapeuta, se asigna al paciente una tarea en la cual el objetivo es adoptar la nueva habilidad de modo que sea útil en el terreno cotidiano. A continuación, se entrena al paciente para que sea más perceptivo acerca de las señales que dan otras personas en el entorno y aprende como transformar su comportamiento de acuerdo con estos*

cambios ambientales. Por último, el paciente aprende a adoptar criterios realistas para el desempeño y se le enseña a ser un reforzador propio” (página 303).

Tratamiento del duelo patológico

El duelo constituye una respuesta adaptativa ante la pérdida significativa de alguien o algo. Ello implica vivir un luto, es la expresión social del comportamiento tras una pérdida. La expresión del duelo depende de las normas y expectativas culturales y de las circunstancias de la pérdida. El DSM:IV lo describe como manifestaciones clínicas más relevantes, humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y el futuro, y un cierto grado de deterioro en la vida cotidiana.

Se considerara patológico aquel que se prolonga en el tiempo, afecta la autoestima y puede ser el origen de otros trastornos, de acuerdo a Ruiz y Cano, Freud en 1917 es quien mejor describe las características del duelo patológico:

A.- reacción a la pérdida de un ser amando o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal)

B. el duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).

C. Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por el.

D. Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido). Tras un año de la pérdida el sujeto manifestaría: estado de animo depresivo, recuerdos intrusivos, sobre las circunstancias, reacciones de ansiedad, insomnio entre otros.

El modelo de Bowlby (1980) citado por Ruiz y Cano, hace referencia al duelo patológico desde tres variables consideradas fundamentales:

- 1) Características personales de la persona que sufrió la pérdida,
- 2) Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida
- 3) Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo").

Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos:

Aquellas que establecen apego ansioso; aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos.

Estos tres grupos de personas ante la pérdida del ser querido reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso; reacción prolongada que produciría el duelo patológico. Estas personas desarrollaron en su infancia una peculiar manera de vincularse a sus cuidadores, debido a determinadas experiencias. Así, las personas con un apego ansioso tuvieron experiencias con sus padres (o sustitutos) donde estos le amenazaban con el abandono o suicidio, o bien con amenazas más sutiles como la retirada de afecto si no cumplían sus exigencias, o bien le referían lo detestable que era el sujeto para sus padres y lo que les hacía sufrir.

En cambio las personas predispuestas a prodigar cuidados compulsivos, tuvieron experiencias por parte de sus padres en el sentido de que estos le hacían sentir responsables de su enfermedad (padres enfermos reales, o hipocondríacos) o bien de inducirles la obligación de cuidarlos, o ambos aspectos conjuntamente. Por último las personas predispuestas a mostrar compulsivamente autosuficiencia e independencia solieron recibir críticas y castigos por mostrar sus emociones o necesidades afectivas. Estos tres grupos de personas, posteriormente "reproducirían" relaciones similares (p.e pareja); y reaccionarían a la pérdida con un intenso sentimiento de culpa. .

Siguiendo la explicación que da Bowlby los objetivos del tratamiento para el duelo patológico deben ser

- 1- Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos hacia el difunto.
- 2- Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida y el relato de las relaciones con el difunto.
- 3- Lograr a partir de los dos puntos anteriores la activación cognitiva de procesamiento de informaciones previamente excluidas.
- 4.- Reorganización por parte del consultante de su estilo de vida, retomar o inventar situaciones nuevas que le sean gratificante.
- 5.- Realizar acercamientos a una persona o grupo de ellas donde se realicen actividades agradables

Tratamiento de la ansiedad generalizada. (TAG)

La ansiedad es un mal del siglo XX y del inicio del XXI plagado de incertidumbres, de inestabilidad, de sensaciones de desprotección. Hay situaciones en que la ansiedad manejable es inherente en el ser humano, se canaliza con actividades creativas o productivas. Otra cosa es cuando la ansiedad invade a toda la persona, paralizándolo, cargándolo de preocupaciones y aprensiones en cada momento de su vida, que se vuelve intolerable e inquietante, tornándose esta ansiedad en algo crónico y permanente

La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio fácil)
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea, movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto).

De mantenerse estos síntomas por más de seis meses esta se convierte en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Puede desencadenarse desde la infancia hasta la adultez. Este trastorno es diagnosticado más frecuentemente en mujeres que en varones (60% vs. 55%).

Se piensa que en el TAG existe una reducción en la sensibilidad a los receptores adrenérgicos. También existe una excesiva actividad serotoninérgica en áreas cerebrales como el rafe, el hipotálamo, los ganglios basales y el sistema límbico.

Posee una comorbilidad importante con los trastornos del humor y con otros cuadros de ansiedad tales como el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el ataque de pánico, la fobia social. Está íntimamente relacionado con el abuso del alcohol.

El TAG es un trastorno crónico, donde la severidad de los síntomas fluctúa a lo largo del tiempo. Sin tratamiento específico, es poco probable, que los síntomas expidan en forma espontánea.

Los objetivos terapéuticos planteados por Jarret Y Rush (1988) son:

- 1° Reducir de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad.
- 2° Reducir de la conducta de evitación, huida o inhibición.
- 3° Facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento.
- 4° Identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

La intervención consiste en:

1. Dar a conocer al consultante la relación pensamiento-afecto-conducta, papel de los pensamientos automáticos y terapia como aprendizaje de alternativas cognitivas y conductuales para el manejo de la vulnerabilidad personal.

2. Autoregistrar los pensamientos automáticos para ser analizados conjuntamente con el terapeuta y conocer los significados asociados.

3. Valoración de los pensamientos automáticos para seleccionar actividades de afrontamiento.

Las técnicas cognitivas deben basarse en identificar las percepciones amenazantes y de no seguridad del sujeto; y una vez identificada así como los significados asociados ofrecer evidencias reales y lógicas, ejemplo de técnicas.

1-CUESTIONAMIENTO DE PENSAMIENTOS CATASTROFISTAS:

El terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastrofistas: "¿Qué probabilidades hay de que ocurra eso?, ¿Podría hacerse algo si llegase a ocurrir?, ¿Cuanto durarían los efectos, sería tan grave?, ¿Otras veces lo pensé, y qué ocurrió en realidad?".

2-USO DE LA IMAGINACIÓN: El sujeto puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento a ella junto con autoinstrucciones de autocontrol. Dentro de marco de las técnicas conductuales cuya función es proporcionar evidencias al paciente que modifiquen sus expectativas amenazantes y su percepción de incapacidad de afrontamiento (es decir aumentan las expectativas de autoeficacia).

3- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN: Induce distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena.

4-ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.

5-TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: Cuando es posible identificar situaciones respectivas y frecuentes relacionadas con la ansiedad, el sujeto puede aprender a enfrentarlas sin evitarla (en vivo y/o en imaginación) de modo que se habitúe a ellas y modifique sus expectativas.

Tratamiento del trastorno de pánico

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad caracterizado por episodios inesperados y repetidos de terror en ausencia real de estímulos desencadenantes y el que están presentes los siguientes síntomas:

A Pensamientos persistentes en relación con nuevos ataques.

B Preocupaciones sobre las implicaciones o consecuencias del ataque.

C Un cambio significativo en la conducta debido a los ataques de pánico

D Un periodo discreto de intenso miedo o malestar en el que al menos cuatro de los siguientes síntomas aparecen súbitamente y alcanzan el máximo de intensidad en los diez minutos siguientes: .Palpitaciones o taquicardias, sudoración, temblor o estremecimiento, sensación de ahogo o disnea, sensación de atragantarse, dolor o molestias en el pecho, náuseas o molestias abdominales, mareo, vértigo, inestabilidad o desvanecimiento, despersonalización, miedo a volverse loco o perder el control, miedo a morir.

Los objetivos terapéuticos deben ser:

1. Reducir la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico.
2. Disminuir las conductas de evitación asociadas.
3. Adquirir habilidades de afrontamiento y prevención de los ataques de pánico
4. Identificar las distorsiones y supuestos amenazantes-catastrofistas.
5. Modificar las distorsiones cognitivas.

Las técnicas cognitivas y conductuales sugeridas:

A INTERPRETACIÓN REALISTA a sus comentarios inicialmente negativas (p.e "No se trata de un ataque cardiaco, es un síntoma de ansiedad.

B- DESCATASTROFIZACIÓN: El consultante debe cuestionar sus predicciones negativas en base a la evidencia ("Otras veces pensé que me moría y no sucedió").

En cuanto a las técnicas conductuales se sugiere:

- 1- Distracción: Entrenamiento en relajación, visualización de escenas agradables, parada y cambio de pensamiento, distracción con estímulos externos...
- 2- Focalización sensorial: Aprender a prestar atención a sensaciones internas agradables (p.e mediante relajación, meditación, entre otras).
- 3- Control respiratorio: Ejercicios graduales para aumentar la respiración abdominal.
- 4- Indicaciones educativas: quedarse en el lugar, sentarse, respirar lenta y suavemente y darse autoinstrucciones, como quédate tranquilo, ya pasará.
- 5- exposición: Imaginando las sensaciones internas elicitoras, las cogniciones y significados asociados y/o incrementando la alteración respiratoria (p.e respiración rápida o parada respiratoria voluntaria).

Tratamiento de la fobia específica

La palabra fobia deriva del término phobos (miedo, pavor) y se utiliza para referirse a las reacciones de miedo intenso inducidas por situaciones reales (presentes ó anticipadas) y acompañadas de conductas de evitación que objetivamente no justifican tales respuestas.

En las fobias específicas, el miedo está claramente delimitado por un objeto ó situación (presente ó anticipado por el sujeto). La respuesta de ansiedad a tales estímulos suele ser inmediata. Se trata de fobias restringidas a un tipo de estímulo como por ejemplo las fobias a animales, a viajar en avión, a la oscuridad.

De acuerdo al DSM-IV los siguientes comportamientos son indicadores de fobia específica.

A. Miedo notable, persistente, excesivo o poco razonable, provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

B. La exposición al estímulo fóbico suele provocar una respuesta de ansiedad, que puede adoptar la forma de un ataque de pánico situacionalmente predispuesto o asociado

C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o poco razonable e relación al peligro o situación temida

D. Las situaciones fóbicas se evitan o soportan con una ansiedad o malestar intenso

E .La evitación o ansiedad fóbica interfiere significativamente el funcionamiento psicosocial

F. En los individuos menores de 18 años la duración es de al menos seis meses.

G. La evitación o ansiedad fóbica y los ataques de pánico asociados no se explican mejor por otro trastorno mental.

Los objetivos terapéuticos son:

- 1.- Eliminar la ansiedad que presenta el consultante ante la situación fóbica
- 2- Exponer al consultante a la situación evitada para un acercamiento agradable.

3- Lograr que el sujeto modificar las cogniciones anticipatorias respecto a la situación fóbica.

El proceso de intervención se debe iniciar con una evaluación para detectar el tipo de situación(es) fóbicas, el tipo de conducta de evitación y el componente cognitivo mediador (anticipaciones negativas), así como el grado de ansiedad asociado (componentes situacionales – cognitivos – afectivos - conductuales).

Luego dar a conocer la relación pensamiento- afecto- conducta, el papel de las anticipaciones y conducta de evitación como forma de no contrastar sus predicciones.

Por ultimo preparar al sujeto para enfrentar las situaciones evitadas y así poder modificar sus predicciones de anticipación de consecuencias negativas y no control. Papel de los "experimentos personales".

Las técnicas cognitivas propuesta son:

1- **DISTRACCIÓN:** Invitar al consultante a realizar un cambio de pensamientos negativos, uso de tarjetas con listado de recuerdos positivos o características positivas del sujeto.

2- **DESCATASTROFIZACIÓN:** Cambio de pensamientos negativos, comprobación de evidencias y búsqueda de soluciones.

3- **INOCULACIÓN AL ESTRÉS:** El terapeuta identifica los diálogos internos del sujeto antes – durante - después de enfrentarse a la situación fóbica y su conexión con el afecto y conducta en cada fase. El terapeuta sugiere pasos alternativos para modificar las cogniciones-afectos-conductas implicadas en las fases previas-situacional y postsituacional y entrena al sujeto en esas alternativas, para que este después las practique en ellas.

Básicamente consiste en la elección de autoinstrucciones pertinentes, respuesta de relajación y prevención de la respuesta de evitación. Se suele comenzar enfrentando las fases de modo imaginativo (p.e usando casetes en casa tras las consultas) y después directamente (la mayoría de las veces de modo gradual).

4- **IDENTIFICACIÓN DE LOS SUPUESTOS PERSONALES:** El terapeuta suele utilizar la llamada flecha descendente para detectar los

significados asociados a las anticipaciones negativas (p.e "Tengo miedo a la oscuridad"- ¿Y qué ocurriría si está en un lugar oscuro?- "Se me corta la respiración y temo morir"). Es útil conocer el origen histórico de esos significados para ganar autocomprensión y motivación para el cambio.

Las técnicas conductuales propuestas son

1- ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se enseña al sujeto a manejar y distraerse de su ansiedad mediante el aprendizaje de respuestas incompatibles con la ansiedad como es la distensión muscular y programar la mente de manera positiva y con ello sentirse mucho más ligero, incluso llegar a anular las sensaciones de angustia.

2- TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: Es la técnica básica para el manejo de las fobias simples. Consiste en jerarquizar las situaciones fóbicas y en exponer al sujeto a ellas (gradualmente o no, imaginativamente y/o en vivo) de modo que se prevengan las respuestas de evitación y hasta que disminuya la ansiedad en ellas. Desde un punto de vista cognitivo se presentan como "experimentos personales" para comprobar las anticipaciones catastrofistas y de incontrolabilidad

Tratamiento de la fobia social

La fobia social según el DSM- IV es un temor intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad, angustia o miedo) que sea humillante o avergonzarte. Las personas con fobia social temen el juicio de valor realizado por otras personas.

Los síntomas de la ansiedad que aparecen en la persona son:

- Sequedad de boca (junto a la idea de que uno se le trancara la garganta, tartamudeará, toserá, no podrá hablar, etc.)
- Taquicardia
- Temblores en pies o voz que pueden ser rápidamente observados y delatarnos como 'inferiores' o 'penosos' o 'impresentables'.

- Sudoración (en las manos en el momento del saludo; sudor corporal que traspasa la ropa y avergüenza haciendo parecer como 'indeseables')

- Rubor, sentimientos intensos de vergüenza
- Falta de concentración,

Los objetivos terapéuticos en la fobia social son:

- 1.- Disminuir la activación fisiológica intensa
- 2.- Generar en el sujeto competencias cognitivas-conductuales que le permitan afrontar las situaciones sociales evitadas.

- 3.- Mejorar las habilidades sociales

Las técnicas cognitivas de intervención son:

1-DEBATE DE CREENCIAS IRRACIONALES (SUPUESTOS PERSONALES): Utilizando los principios de la terapia racional emotiva el terapeuta modela el como el consultante puede debatir las creencias disfuncionales que son la base de su trastorno

- Alternativas conductuales para desarrollar las creencias racionales: Arriesgarse y exponerse a situaciones sociales y a posibles críticas, entrenamiento asertivo para afirmar las propias opiniones ante otros.).

- 2.- DESCATASTROFIZACIÓN: ver pág.:26

- 3- INOCULACIÓN AL ESTRÉS: ver pág.: 26

Las técnicas conductuales propuestas:

Su finalidad es proporcionar experiencias correctoras a las cogniciones disfuncionales bien modificando las atribuciones y evaluaciones e incompetencia social

- 1- ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: Indicado sobre todo en casos donde el consultante no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal. El terapeuta identifica las situaciones relacionadas donde el sujeto se muestra incompetente, la representa con el sujeto, y modela alternativas que va reproduciendo el paciente y le va dando feedback al respecto. Este proceso puede potenciarse si en cada paso se identifican las cogniciones asociadas a la conducta incompetente y las posibles cogniciones alternativas al ensayo de nuevas habilidades. El rol-playing, el

modelado, el ensayo conductual, las técnicas cognitivas y autoinstruccionales y las tareas para casa.

2- **ENTRENAMIENTO ASERTIVO:** Es un tipo de habilidad social indicada en casos de inhibición social y de incompetencia social. Su finalidad es la desarrolla la capacidad para expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin sentir ansiedad.

A nivel cognitivo se trata de "descentrar" la dependencia del sujeto a criterios de valoración externos y autoafirmarse en los personales. Puede ser útil previo al entrenamiento asertivo, presentar las creencias que mantienen la conducta no asertiva y las creencias que apoyan los derechos personales, y revisar con el paciente sus implicaciones. Esto puede evitar que la conducta asertiva sea disonante a un valor personal.

3- **EXPOSICIÓN GRADUAL A SITUACIONES EVITADAS:** En primer lugar se debe realizar en forma de ensayos conductuales en el ámbito terapéutico (un lugar seguro) sin consecuencias negativas, contribuirá a eliminar el temor y a emitir la conducta de aproximación ante lo temido en su ambiente natural, y en segundo lugar para el hogar se deben asignar tareas graduadas cuidadosamente seleccionadas, el consultante debe tener control de las contingencias.

Tratamiento del trastorno obsesivo- compulsivo

De acuerdo a las pautas del DSM-IV el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) consiste en pensamientos que la persona no desea (obsesión) y que repite ciertos comportamientos (compulsiones) una y otra vez. Interfiriendo en su vida cotidiana generando angustia

La presencia de obsesiones definidas por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusas e inapropiadas y que causan altos niveles de ansiedad
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son únicamente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta de neutralizar esos pensamientos, impulsos o imágenes con

algún otro pensamiento o acción

4. La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes son productos de su propia mente, no impuestos desde fuera como en la inserción del pensamiento

Las compulsiones se definen por:

1. Conductas o actos mentales repetitivos de forma rígida que la persona debe realizar producto de sus pensamientos.

2. Las conductas o actos mentales intentan reducir o evitar un acontecimiento temido, pero son excesivos o no conectados realísticamente con ese temor.

Los objetivos terapéuticos sugeridos:

1.- Disminuir la valoración de los pensamientos intrusivos.

2.- Desarrollar habilidades de afrontamiento para las obsesiones – compulsiones.

3.- Flexibilizar los pensamientos rígidos y repetitivos del consultante.

Las técnicas terapéuticas sugeridas:

Reestructuración Cognitiva: tiene como propósito cambiar la valoración desadaptativa de los pensamientos intrusivos. Identificar y confrontar los pensamientos negativos automáticos y sustituirlos por cogniciones más adaptativas.

La flecha descendente, cuya finalidad es elicitarse la cadena que lleva al consultante a una determinada conclusión a partir de un hecho concreto.

La grafica del pastel, debido a la sobreestimación negativa que asume el consultante sobre su responsabilidad negativo se le instruye a repartir las responsabilidades de todos los involucrados en el hecho. Ponderando de manera objetiva la participación de cada uno y la representación simbólicamente un pastel.

Resolución de problemas, le permite al consultante mayor flexibilidad y adecuación en habilidades de afrontamiento, esta técnica se centra en relacionar los principales acontecimientos de negativos del pasado con los problemas actuales por el medio de la solución de problemas. (Nexu, y Otros 2006).

Tratamiento de las disfunciones sexuales.

Se entiende por disfunción sexual cualquier alteración en las etapas de la función sexual (excitación, meseta, orgasmo y resolución) que se presentan en forma recurrente y producen insatisfacción a la persona y/o a su pareja. De acuerdo a lo expresado por la Flasses (2008) en el Manual de diagnóstico de las enfermedades en sexología.

Este mismo manual expresa, la función sexual es toda actividad propia del sexo. Las actividades propias del sexo se definen con la palabra sexual.

Flasses (2008) “conceptualiza el constructo proceso de activación de la unidad situación/estímulo sexual – respuesta sexual como el conjunto de fases que excitan a una acción simultánea cuando se sitúan cambios en el ambiente interno o externo del organismo el cual conlleva la ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control” (pág. 19).

La Función Sexual se caracteriza por tener tres fases: la situación/estímulo sexual, la respuesta sexual y el tiempo de funcionamiento sexual.

a) La fase situación/estímulo sexual (S/Es) se conceptualizada como la acción de situar cualquier cambio en el ambiente externo o interno de un organismo con el fin de provocar la ejecución de una actividad de carácter sexual Su estudio permite, hasta ahora, determinar tres factores que la determinan:

1. Administración del estímulo/sexual: se refiere acción o efecto de ubicar la situación/estimulo sexual.

La situación/estimulo sexual puede ubicarse entre un varón y una hembra se denomina situación heterosexual; entre dos varones o dos hembras es denominada situación homosexual; entre varones y hembras indistintamente a varones y hembras la denominamos situación bisexual; entre seres humanos y animales se denomina situación zoofílica; a uno mismo se denomina autoejercicio de la función sexual; y así sucesivamente.

2. Método de Aplicación de la situación/estímulo sexual: se refiere a destinar la situación/estimulo sexual, ó sea ponerla en ejecución.

La situación/estímulo sexual tiene infinidad de destinos, sin embargo, todos tienen como denominador común la activación de cualquier órgano de los

sentidos, del pensamiento (fantasías) o de la memoria (evocaciones). De allí la diversidad de formas de estimulación sexual que han sido descritas.

3. Frecuencia de la situación/estímulo sexual: se refiere al número de veces que se repite la situación/estímulo sexual por unidad de tiempo, es decir cuantas veces que en un período determinado la persona activa su situación/estímulo sexual.

Cuando la unidad de tiempo de activación de la situación/estímulo sexual es diaria o cada dos, tres o cuatro días, se denomina frecuencia alta.

Cuando la unidad de tiempo de activación de la situación/estímulo sexual es cada cinco, seis, siete, ocho o nueve días, se denomina frecuencia media o moderada.

Cuando la unidad de tiempo de activación de la situación/estímulo sexual es cada diez, once, doce, trece o catorce días, se denomina Frecuencia Baja.

La frecuencia ha sido llamada “libido”, “deseo”, “necesidad”, “drive”, entre otros términos.

La fase de la respuesta sexual (Rs) es conceptualizada como toda actividad caracterizada por presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia (fase de excitación y meseta); de contractibilidad muscular lisa y/o estriada- (fase orgásmica) y fenómeno de detumescencia -tanto a nivel genital como extragenital- (Fase Resolutiva), todas estas efecto de una Situación/Estímulo Sexual (6). Factores anatomo-hormono- vascular-neurales determinan esta fase.

Tales factores han venido siendo estudiados por distintos investigadores Masters & Jonson. Wagner, Grabber, Perry y Rivas, Gindin, Kusnessof, Bianco Cavalcanti, Lue, Kaplan. Komisaruk, Beyer-Flores, Whipple, Hernandez, R, Goldstein, Hernandez, L, Gindin, Flares Colombino, García, López,

c) La Fase del Tiempo de Funcionamiento Sexual es conceptualizada como el intervalo que pasa entre el inicio del Proceso de Activación de la situación/estímulo sexual hasta que concluye la respuesta sexual Los factores que determinan esta fase no se conocen.

El intervalo de tiempo fisiológico aun no se conoce, ello obliga a tomar como criterio el reporte verbal de la persona, el cual puede ser: “soy muy rápido”, “me tardo mucho” o “estoy conforme/satisfecho con mí tiempo”.

La relación velocidad-tiempo es inversamente proporcional, ósea si el período de tiempo es corto la velocidad es rápida, si el período de tiempo es largo la velocidad es lenta, lo cual explica y valida el reporte verbal de la persona.

Las alteraciones pueden estar: a nivel de la fase de la situación/estímulo sexual, a nivel de la fase de la respuesta sexual, a nivel de la fase del tiempo de funcionamiento sexual.

a) ALTERACIONES A NIVEL DE LA FASE DE LA SITUACIÓN/ESTIMULO SEXUAL

Situar cualquier cambio en el ambiente externo o interno de un organismo con el fin de provocar la ejecución de una actividad de carácter sexual se limita a una especificidad indudablemente que hay una alteración en el Rango de Variabilidad Fisiológica que traduce un desorden en el funcionamiento, lo cual indica la presencia de una entidad clínica.

La situación/estímulo sexual posee tres factores, se concluye que el desorden de funcionamiento puede estar en alguno de ellos:

1. Administración de la situación/estímulo sexual: se refiere a la acción o efecto de ubicar la situación/estímulo sexual, es decir ponerla en determinado sitio.

En este caso el proceso de activación de la unidad situación/estímulo – respuesta sexual, ocurre sólo en un tipo específico de situación, ejemplo: pedofilia, zoofilia, misofilia, escaptofilia.

2. Método de aplicación de la situación/estímulo sexual: se refiere a destinar la situación/estímulo Sexual, es decir ponerla en ejecución.

En este caso el proceso de activación de la unidad situación/estímulo – respuesta sexual, ocurre sólo con un tipo específico de destino o ejecución, ejemplo: masoquismo, voyeurismo.

3. Frecuencia de la situación/estímulo sexual: se refiere al número de veces que se repite la situación/estímulo sexual por unidad de tiempo, es decir el

número de veces que en un período determinado la persona activa su situación/estímulo sexual.

En este caso el proceso de activación de la unidad situación/estímulo – respuesta sexual, ocurre un número de veces específicas en un periodo determinado lo cual afecta su funcionamiento social o su relación de pareja., Ej. satiriasis, ninfomanía, anorexia sexual.

Sobre la base de condiciones anteriores, cabe agregar que puede existir entidades patológicas mixtas, donde se involucran dos o tres factores que determinan la fase de la situación/estímulo sexual Ej.: sadismo pedofilia fetichismo transvestismo, satiriasis transexofilia, masoquismo transexofílico

b) ALTERACIONES A NIVEL DE LA FASE DE RESPUESTA

Para hablar de la respuesta sexual se presenta el termino respuesta sexual expresado por la Flases (2008) “toda actividad caracterizada por presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia (Fase de Excitación y Meseta); de contractibilidad muscular lisa y/o estriada- (Fase Orgásmica) y fenómeno de detumescencia -tanto a nivel genital como extragenital- (Fase Resolutiva), todas estas efecto de una situación/estímulo sexual. Factores anatomo – hormona – vaso - neurales determinan esta fase”.Pág 20

Al alterarse alguno(s) de estos factores se establece un desorden de funcionamiento lo cual afecta alguna o todas las características de la actividad aquí descrita, produciéndose entidades clínicas como la Disfunción Orgásmica, la Disfunción Eréctil, el Vaginismo, entre otras.

Estas se pueden clasificar como:

- Disfunción *primaria* es cuando la alteración ha estado presente durante toda la vida del individuo a pesar de existir estímulos suficientes para lograrlo y no existe patología orgánica.
- Disfunción *secundaria*, cuando la persona al iniciar su función sexual, estaba preservada y en algún momento de la vida de la persona se altera el buen funcionamiento.

c) ALTERACIONES A NIVEL DE LA FASE DEL TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL

FLASSES (2008) ha conceptualizado el tiempo de funcionamiento sexual como el intervalo que pasa entre el inicio del proceso de activación de la situación/estímulo sexual hasta que concluye la respuesta sexual. Los factores que determinan esta fase aun están en estudio.

Algunos fármacos, otras sustancias (alcohol, cocaína) y otras situaciones relacionadas con la conducción nerviosa afectan esta fase.

Un desorden del funcionamiento a este nivel, el intervalo de tiempo se hace específico bien sea muy corto o muy largo estableciéndose entidades clínicas como la eyaculación rápida o el orgasmo retardado.

La Terapia Sexual tienen como principal objetivo el alivio sintomático y el mejoramiento de la función sexual del consultante y/o la pareja por ello debe:

Brindar información sexual para corregir errores de concepto para modificar las distorsiones cognitivas.

Mostrar para aprendizaje del consultante y/o pareja un conjunto de técnicas corporales y experienciales sistemáticamente estructuradas que fomenten la creatividad.

Proporcionar un enfoque estructurado que permita a la pareja reconstruir gradualmente su función sexual de manera placentera

Proveer a la pareja de técnicas específicas para tratar los problemas particulares.

Elevar la autoconfianza y comunicación en ambos miembros de la pareja

Las técnicas habitualmente usadas son:

- 1.- La educación sexual, consiste informar sobre el sexo y la función sexual.
- 2.- Focalización sensorial consiste en mostrar la sensualidad como herramienta, la exploración del cuerpo sin el compromiso coital, lo que con lleva a un mejor conocimiento del otro y de si mismo
- 3.- Preparación del ambiente y condiciones para una función sexual placentera
- 4.- Entrenamiento en comunicación asertiva.
- 5.- Entrenamiento en un nuevo repertorio de conductas eróticas

Conclusiones

Los últimos treinta años han sido testigos de una rica investigación sobre las diferentes formas de tratar los trastornos mentales, aplicando estas formas de terapia a protocolos clínicos controlados. Dentro el amplio espectro de tratamientos, la terapia cognitivo conductual ha demostrado producir cambios que se extienden más allá de la duración de la misma, dando lugar a resultados terapéuticos superiores al efecto placebo y de eficacia comparable a la de las intervenciones psicofarmacológicas

La terapia cognitiva conductual afirma que la conducta y las emociones son mediadas cognitivamente, emerge ante la insatisfacción de los resultados del psicoanálisis y de la terapia conductual.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al consultante a reducir la intensidad y la frecuencia de la sintomatología, mediante la refutación de las creencias subyacentes, y la proposición de técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. Específicamente tiene como objetivo reducir la presión e incrementar el control.

La aplicación terapéutica de este modelo, que consiste en modificar el sistema de creencias del individuo, va más allá de enseñarle a evitar o afrontar las situaciones, realmente es proponerles un nuevo sistema, que al incorporarlo como modelo evaluativo le permita enfrentar la realidad de una forma asertiva.

Cuando se habla de terapia cognitiva conductual se han asumido el modelos básico de reestructuración cognitiva, identificado fundamentalmente por autores como Beck, y Ellis; quienes han destacado el papel del significado de los hechos de acuerdo a las experiencias previas del consultante, su objetivo ha de ser desarrollar estrategias para examinar la racionalidad o valía de las creencias del consultante.

La terapia cognitiva conductual se fundamenta en los siguientes principios:

- Los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas. Las conductas, a su vez, refuerzan los pensamientos que, en último lugar, mantienen homeostasis con el entorno.
- La interpretación cognitiva de eventos del entorno es dinámica y activa.

- La atención selectiva en creencias y suposiciones individuales influyen en la manera de percibir o recordar eventos. Las creencias personales se dirigen la atención a eventos que refuercen estas creencias pasando por alto información que contradiga nuestro pensar.
- Presiones internas o externas (estrés) activan respuestas automáticas de conducta que impiden la adaptación del organismo. Estas respuestas, a su vez, crean un círculo vicioso donde las conductas poco saludables crean y mantienen condiciones poco favorables en el entorno mientras el sistema de pensamiento patológico se fortifica. Un ejemplo de ello es la creación de situaciones depresivas por pacientes que sufren de este tipo de trastorno.
- La hipótesis de especificidad cognitiva sostiene que las entidades clínicas y los estados emocionales están determinados por patrones cognitivos específicos de cada persona. Estos patrones cognitivos, creencias pueden ser conscientes como, por ejemplo, los pensamientos automáticos o inconscientes como los esquemas cognitivos.
- La cognición en la Terapia Cognitiva Conductual incluye todos aquellos pensamientos o percepciones que fluyen conscientemente como son los pensamientos automáticos, aquellos pensamientos con gran contenido emotivo o cualquier percepción, memoria, expectativa, fantasía, sueño, imagen, símbolo, u opinión.

Los diseños de tratamiento cognitivo conductual expuesto han sido utilizados por diferentes terapeutas los cuales dan fe de su eficacia tanto en los trastornos expuestos como en otros que por razones de espacio no pudieron presentarse.

Bibliografía

Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación sexual: (FLASEES) 2008. **Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología.** Propuesta de segunda edición. Aprobada en marzo 2009 en el Congreso Mundial de Sexología Médica. Caracas, Venezuela.

JARRET. R. B and RUSH. A. J (1988) **Cognitive therapy for panic disorder and anxiety disorder.** In: Perris. C, Blackburn. I. M and Perris. H: **Cognitive psychotherapy.** Springer-Verlag. Berlin.

Moles, J. J. (2007) **Asesoramiento Clínico.** 2da edición corregida y ampliada. Caracas. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas.

Nezu, A. Nezu, Ch. M. Lombardo E. (2006) **Formulación de Casos y Diseños de Tratamientos Cognitivos Conductuales.** Un enfoque basado en problemas. México. Editorial Manual Moderno

Ruiz Sánchez J.J. y Cano Sánchez J.J. (s/f) **Manual de psicoterapia Cognitiva**

Sarason, Irving (1993) **Psicología Anormal.** Editorial Prentice

Santamaría, Sandra. Milazzo, Lia. Quintana M^a Andreina. **Teorías de Piaget:** www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml consultado 01-03-2009

Anexos

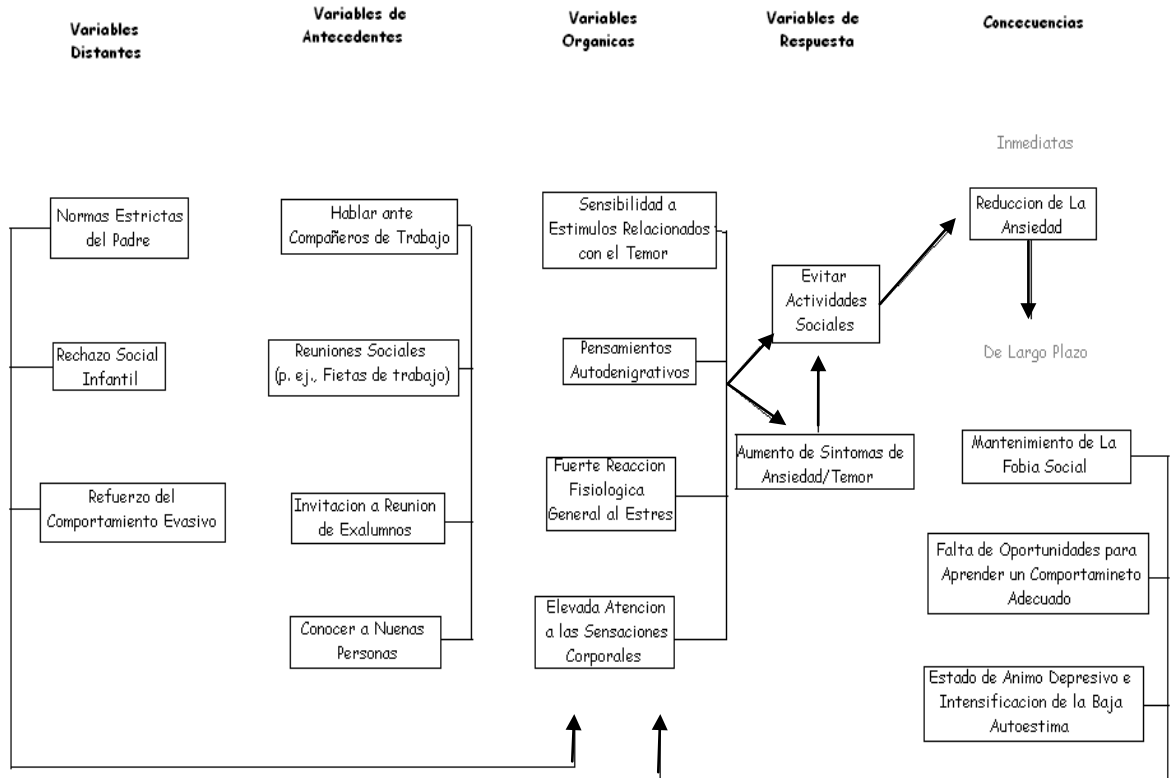
Anexo 1.

TAREAS

LA COLABORACIÓN TERAPÉUTICA	
TRABAJO DEL PACIENTE	TRABAJO DEL TERAPEUTA
1-Manifestar sus pensamientos, emociones y conductas referentes a sus dificultades ("datos brutos")	1-Enseñar al paciente la relación entre pensamientos- afectos-conductas y como registrar esas relaciones
2-Registrar eventos que proporcionen relaciones entre pensamientos-afectos-conductas	2-Enseñar al paciente a modificar sus pensamientos automáticos a través de habilidades cognitivas- conductuales. Programar tareas para casa para su puesta en práctica
3-Aplicar tareas para casa de tipo cognitivo-conductuales para contrastar sus pensamientos automáticos	3-Revisar con el paciente esas tareas y desarrollar sus habilidades con ellas. Recoger datos sobre hipótesis de Supuestos Personales. Proponer al paciente su revisión mediante experimentos personales
- Aplicar experimentos personales	4- Revisas los experimentos personales. Prepara al paciente para el alta/ seguimiento. Identificación de problemas al respecto
5- Expresar preocupaciones respecto al alta y recaídas	5- Alternativas a esas preocupaciones. Prevención de recaídas
6- Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia	6-Acuerdo sobre el alta. Resumen de la terapia

TAREAS. Tomado de Ruiz y Cano, Manual de Terapia Cognitiva. Figura 17

Anexo 2
 Mapa clínico de patogénesis Henry
 Padece de ansiedad social.



Fuente: Figura 2-1, Página 31, Cognitivo- Conductuales, Nezu y otros