

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



CURSO

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN EL AMBITO CLÍNICO

GUÍA DE PRACTICA
APUNTES DEL CURSO

CICLO IX - SEMESTRE 10-I

Elaborado por: Ps. Eliana Delgado Coz
2010

ÍNDICE

TEMA 1

Entrevista Psicológica Conductual
Condicionamiento Clásico y Operante

TEMA 2

Formulación Clínica-Conductual

TEMA 3

Casos de Trastornos de Ansiedad: Técnicas para su Abordaje.
Énfasis en las Técnicas derivadas desde el condicionamiento clásico I

TEMA 4

Casos de Trastornos de Ansiedad: Técnicas para su Abordaje.
Énfasis en las Técnicas derivadas desde el condicionamiento clásico II

TEMA 5

Casos de Trastornos de Ansiedad: Técnicas para su Abordaje.
Énfasis en las Técnicas derivadas desde el condicionamiento Operante y Vicario I

TEMA 6

Casos de Trastornos de Ansiedad: Técnicas para su Abordaje.
Énfasis en las Técnicas derivadas desde el condicionamiento Operante y Vicario II

TEMA 7

Enfrentando el Estrés.

TEMA 8

Técnicas de Autocontrol y Auto instrucciones

TEMA 9

Entrenamiento en Habilidades Sociales

TEMA 10

Casos de Depresión. Técnicas para su abordaje.

TEMA 11

Casos de Ira y problemas de pareja. Técnicas para su abordaje desde la TREC

TEMA 12

Revisión de un programa de intervención en salud.

TEMA 13

Modelo integrativo de Rodríguez Marín.Casos.

PRACTICA N° 1

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

La Entrevista psicológica ha sido y sigue siendo el instrumento o método más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación y psicoterapia.

Sullivan (1954), lo define como un proceso de relación interpersonal con varias fases donde debe obtenerse información tanto de la conducta verbal como de la no verbal, tanto del qué se dice como del cómo se dice y de su mutua relación. Y del entrevistador, refiere que es un observador participante, comprometido con el cliente en una tarea común.

Brngham y moore (1993), concretamente lo definen como una conversación con un propósito.

Fernández y Bellesteros (1980), afirman que para hablar de entrevista se requiere:

- Una relación directa entre personas (2 o más de 2)
- Una vía de comunicación simbólica preferentemente oral.
- Unos objetivos prefijados y conocidos. Al menos por el entrevistador. Fijación de objetivos y control son los fundamentos para que se hable, en la entrevista, de una “relación interpersonal asimétrica”.

Amorós (1980),a firma que, la entrevista sigue vigente como un instrumento psicológico que nos proporciona información sobre nuestros semejantes. Es una situación especial en la cual se intercambian ideas, emociones y actitudes. Y en el caso de la entrevista clínica, su interés se centra en esclarecer y comprender la personalidad y comportamiento del paciente, ayudándolo a encontrar salidas reales a su problemática personal.

Cuando el autor ha preguntado a los psicólogos clínicos que técnica de diagnóstico utilizarían si no pudieran usar más que una, la respuesta invariable ha sido siempre: “la entrevista”.

En toda entrevista es importante que el entrevistador demuestre capacidad y experiencia para escuchar y comprender; habilidad, cultura, tiempo y sobre todo interés genuino por el paciente.

CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

- Respeto por el entrevistado
- Aceptación del entrevistado
- Madurez intelectual y emocional (empatía)
- Ética, profesional y personal
- Equilibrio psíquico (racional)
- Anteponer lo humano a lo económico.

ASPECTOS ESENCIALES DE LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA

- **La empatía.-** Significa participar del mundo interior del entrevistado, pero permaneciendo uno mismo.
- **Escuchar.-** Es captar lo que no se quiere decir, pero que está en la superficie o en el fondo de lo que se dice.
- **El silencio.-** Solo la experiencia nos permite soportar sin angustia un silencio prolongado. Pero, es importante cuando:
 - El entrevistado va a expresar sentimientos o llanto.
 - Se percibe confusión en el entrevistado, el silencio permite que ordene sus ideas.
 - Al inicio de la entrevista para que se exprese el entrevistado.

TIPOS DE ENTREVISTA

- Entrevista directiva
- Entrevista no directiva
- Entrevista estructurada
- Entrevista no estructurada
- Entrevista semi-estructurada

CONDICIONAMIENTO VERBAL

Skinner (1957), en su obra conducta verbal, identifica los primeros estudios de condicionamiento verbal que tendrá repercusión sobre la entrevista. Se solicita al sujeto que emita la conducta verbal en términos de una tarea determinada: el experimentador, a su vez intenta manipular la tasa de una determinada clase de respuesta de esa conducta verbal a través de su esfuerzo diferencial por medio de clases verbales y no

verbales predeterminadas y controladas. Así, se puede lograr aumentar significativamente, por ejemplo: la tasa de sustantivos plurales, palabras y frases de contenido afectivo. Auto referencias positivas y negativas, verbalizaciones de hostilidad y dependencia, expresar una opinión propia, etc. Dentro el flujo de palabras sueltas durante una entrevista penetrando contingentemente un reforzador como “mm mm” o prestarle mayor atención.

EVALUACIÓN DE LA ENTREVISTA

1. Presentación breve.
2. Identificación del problema.
3. Medición de la conducta problema a través de registros (intensidad, duración, frecuencia)
4. Evaluar factores antecedentes y consecuentes.
5. No juzgar ni defender al cliente.
6. Registro simultáneo de las verbalizaciones.
7. Reforzar algunas conductas del sujeto.
8. Hacer un resumen de la información obtenida, junto con el entrevistado.
9. Orientar la conversación hacia el futuro (próxima consulta)
10. Finalizar la entrevista en un momento positivo y redondeando.

EVALUACIÓN DE LA ENTREVISTA CONDUCTUAL-COGNITIVA

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
1. Recepción y saludo	___	___	___	___	___
2. Mirada a los ojos	___	___	___	___	___
3. Postura erecta y frontal	___	___	___	___	___
4. Voz firme	___	___	___	___	___
5. Presentación Breve	___	___	___	___	___
6. Explicación de:					
- Privacidad	___	___	___	___	___
- Respeto	___	___	___	___	___
- Ética	___	___	___	___	___
7. Pregunta de entrada: ¿Cuál es el motivo de su visita?	___	___	___	___	___
8. Identificación del problema	___	___	___	___	___
9. Medición de la conducta problema a través de registros.	___	___	___	___	___
10. Evaluar factores antecedentes y Consecuentes.	___	___	___	___	___
11. No juzgar ni defender al cliente	___	___	___	___	___
12. Registro simultáneo de las Verbalizaciones	___	___	___	___	___
13. Reforzar algunas conductas del sujeto	___	___	___	___	___
14. Devolución de la información	___	___	___	___	___
15. Orientar la conversación hacia el futuro (Próxima consulta)	___	___	___	___	___
16. Finalizar la entrevista en un momento Positivo y redondeando	___	___	___	___	___

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

La modificación de conducta es un enfoque psicológico que comprende un conjunto de conocimientos sobre el aprendizaje humano, que se ha obtenido de estudios científicos realizados por numerosos investigadores de la conducta

Según este enfoque, la conducta de las personas debe estudiarse de manera objetiva y sólo las conductas que se puedan observar, no en base a causa interna hipotéticas.

Por lo tanto, es de vital importancia estudiar el medio físico y social en que se relacionan las personas, ya que en estas relaciones es donde se halla la clave de los problemas que presentan los individuos.

La evaluación conductual.- La conducta sobre la cual la modificación de conducta interpreta, corrige y eval. A los problemas humanos a intervenir se le da el nombre de Evaluación Conductual y más específicamente dentro de esta metodología se desarrolla una estrategia principal denominada Análisis Funcional de la Conducta.

Es importante comprender que el comportamiento humano no se da en un vacío, tanto las conductas aceptables como las no deseables ocurre en un contexto que se puede identificar y por consiguiente tener un panorama más amplio de cuándo, dónde y por qué ocurre la conducta. Por lo tanto, el Análisis Funcional de la Conducta es la relación que existe entre los estímulos antecedentes, conducta y estímulos consecuentes.

- a. **Los Estímulos antecedentes:** Se refiere a todo aquello que ocurre inmediatamente antes que se manifieste la conducta problemática y sirve de estímulo para que se manifieste.
- b. **La Conducta:** Es la respuesta que surge porque hay estímulos en el contexto ambiental inmediato que nos impulsan a actuar (correcta e incorrectamente) y una vez que nos comportamos hay estímulos que se dan después de la conducta que la fortalece, si son eventos que para el individuo son interpretados como positivos o la disminuyen si los interpreta como negativos o “desfavorables”.
- c. **Los Estímulos Consecuencias:** Son los que ocurren inmediatamente después de la conducta. Ejemplo: En clase de Historia, Mario habla continuamente con Juan y éste le responde y ambos ríen.

Principio del análisis funcional

Es más probable que las conductas que van seguidas por consecuencias agradables, ocurran de nuevo en el futuro y es más probable que las conductas seguidas por consecuencias desagradables no se presenten en el futuro. Es decir que las consecuencias pueden fortalecer y/o debilitar la conducta futura.

El Análisis Funcional también puede verse como indicador de los puntos donde potencialmente deben dirigirse las estrategias de cambio conductual.

Por ejemplo, establecer cambio en los antecedentes, en las consecuencias o en ambas.

APRENDIZAJE AFECTIVO – EMOCIONAL O CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Es un proceso por el cual, un estímulo inicialmente neutro al ser apareado con un estímulo incondicionado adquiere la propiedad de producir una respuesta condicionada, similar a la respuesta incondicionada.

EN	:	Estímulo neutro
EI	:	Estímulo Incondicionado
RI	:	Respuesta Incondicionada
EC	:	Estímulo Condicionado
RC	:	Respuesta Condicionada

Muchas conductas emocionales se aprenden a través de la asociación entre estímulos . por ejemplo, la ansiedad, el miedo, la fobia, la evitación frente a personas, objetos o situaciones, etc.

***Ansiedad:** Conducta emocional, caracterizada por inquietud, malestar, taquicardia, jadeo, calor corporal, rubor, palidecimiento, náuseas, vómitos, sensación de ir al baño y sensación de desmayo.

E : ----- RI

EN = EC : ----- RC

Ejemplo:

“Inés, de 14 años, mientras comía una aguadito en un cumpleaños observó a su tío ebrio vomitando. Desde entonces rechaza dicha sopa porque le da asco y ganas de vomitar.”

EI : ----- RI

Borracho vomitando

asco, ganas de vomitar

EN = EC : ----- RC

Aguadito (sopa)

asco, ganas de vomitar

CASO PROBLEMA N° 1:

Carlitos es un niño de 8 años , que lo cambiaron de escuela. El primer día de clases fue contento a su nueva escuela. Al día siguiente , cuando ingresaron al aula, llegó el profesor que les iba a enseñar ese año académico. El pidió que hagan una composición sobre las experiencias que habían tenido durante las vacaciones. Carlitos, no hizo ninguna composición pues no recordaba que significaba esta palabra. Entonces , cuando el profesor le pidió que lea la suya, se quedo callado y al descubrir que no había trabajado, le llamó la atención severamente diciéndole: “es una vergüenza no saber una composición a tu edad, seguramente no aprendiste nada en r tu anterior escuela“. En ese momento, el niño sintió vergüenza, se ruborizó y comenzó a transpirar.

En los días sucesivos , Carlitos ingresaba a la escuela y en cuanto observaba al profesor en el patio comenzaba a mostrar conductas de ansiedad: traspiración, miedo, etc.

Esquematizar el caso problema:

EI : ----- RI

EN = EC : ----- RC

CASO PROBLEMA N° 2:

Armando es un joven adicto en recuperación, con un año de abstinencia a la cocaína . Cuando estaba lavando su ropa, cogió la bolsa de detergente y lo vació en su mano, la observo y por unos momentos tenía la sensación de estar agarrando cocaína, a la vez que experimentó un malestar corporal, sudoración, inquietud y sensación de defecar.

Esquematizar el caso problema:

EI : ----- RI

EN = EC : ----- RC

CASO PROBLEMA N° 3:

Describe una experiencia propia que hayas aprendido a través del Condicionamiento Clásico y después esquematízala:

Esquematizar tu experiencia:

EI : **RI**

EN = EC : **RC**

Clases de Condicionamiento:

A. El Estímulo Incondicionado que se utiliza determina clases de condicionamiento: apetitivo y evitativo.

1. Apetitivo o de Recompensa .- Cuando el **EI** es un reforzador positivo o una recompensa. Por ejemplo, una comida sabrosa o un refresco de guanábana después de sentir mucho calor y sed en verano.

2. Evitativo o de defensa.- Cuando el **EI** es un estímulo aversivo o nocivo para el sujeto. Por ejemplo, una descarga eléctrica, golpes que causan daño. Es decir incluye situaciones muy desagradables e indeseables para una persona.

B. Por la naturaleza de EI , en función a ella, se identifican los condicionamientos de primer orden y de orden superior (2°, 3° o 4° orden)

De Primer Orden.- Se produce un apareamiento entre **EC** y un **EI**. Donde un **EI** (Por su valor biológico para el organismo), provoca una respuesta incondicionada no aprendida. Ejm: comida, luz, descarga eléctrica, etc.

Ejemplo:

EI : ----- **RI**

EN = EC : ----- **RC**

- **De orden Superior.-** Se organiza sobre la base del Condicionamiento del primer orden; pero en este condicionamiento, el apareamiento es entre el **EC** y otro **EC** que artificialmente adquiere la categoría de un **EI**; aquí el nuevo **EI** no provoca un **RI** innata, sino que antes ya existe un aprendizaje previo. En consecuencia, el condicionamiento de orden superior se produce en dos o más etapas (según sea 3°, 4° o mayor orden).

Ejemplo:

EI : ----- **RI**

EN = EC1 : ----- **RC1**

EC : ----- **RC1**

EN = EC1 : ----- **RC2**

Ejemplo:

EI : ----- **RI**

EN = EC1 : ----- **RC1**

EC : ----- **RC1**

EN = EC1 : ----- **RC2**

Actividad para la casa:

Observa atentamente un comercial de televisión. Después describe u esquematiza según el paradigma de Condicionamiento Clásico.

Esquematizar:

APRENDIZAJE MOTOR O CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Proceso Por el cual una conducta se mantiene, se incrementa, disminuye o se elimina por las consecuencias que ésta produce.

ESTÍMULO DISCRIMINATIVO ----- **CONDUCTA O RESPUESTA** **ESTÍMULO REFORZADOR**

Ejemplo:

Esposa ----- irritabilidad ----- temor , sumisión
Ed ----- **R** ----- **Er**

Ejercicios:

Ed ----- **R** ----- **Er**

1. ELEMENTOS DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

1.1 ESTÍMULO DISCRIMINATIVO (Ed)

Es aquel estímulo que tiene la posibilidad de producir una respuesta. Estímulo. El estímulo delta es aquel que no lo produce.

Un Ed puede ser una persona, animal, cosa o situación.

Ejemplo:

E delta
E delta

Ed ----- **R** ----- **Er**

E delta
E delta

Timbre del teléfono

Timbre de la puerta _____ abrir la puerta _____ visita ingresa

Timbre del celular

Ejercicios:

1.2 RESPUESTA O CONDUCTA (R)

Puede ser:

Motora: _____

Fisiológica: _____

Emocional: _____

Cognitiva: _____

Social: _____

1.3 ESTÍMULO REFORZADOR (Er)

Son las consecuencias inmediatas y agradables de la conducta que incrementa la probabilidad futura de la misma.

1.3.1 TIPOS DE REFORZADORES

- Reforzadores primarios: satisfacen necesidades biológicas básicas. Ejemplo: comida, bebida, abrigo, sexo.
- Reforzadores secundario: son aquellos que han adquirido un valor reforzado por haber sido asociados a reforzadores primarios. Ejemplo: el dinero, ponlo de moda, zapatillas, mochila, carro joyas, etc.

- Reforzadores de actividad: demanda el ejercicio de una actividad. Ejemplo: ir de pesca, viajar, salir de vacaciones, paseo campestre, juegos mecánicos, tómbola, feria, circo, salir de compras, otros.
- Reforzadores sociales: implican reconocimiento y aprobación social. Ejemplo: felicitaciones, diplomas, dar las gracias, prestar atención, dar aprobación, hablar positivo una sonrisa, unas palmaditas en la espalda, hablar de sus logros frente a los demás. Verbalizaciones como “muy bien”, “excelente trabajo”, “tengo plena confianza en ti” etc.

2. TIPOS DE REFORZAMIENTO

Reforzamiento positivo: Procedimiento el cual se incrementa una conducta por las consecuencias agradables que produce.

Reforzamiento negativo: Se incrementa una conducta por que la emisión de ésta elimina un estímulo aversivo.

Castigo positivo: El castigo positivo es la representación de un estímulo aversivo de una respuesta que disminuye la frecuencia de esa respuesta. Con la utilización de este procedimiento se obtiene con gran rapidez el efecto de suspensión deseado. Sin embargo, es frecuente la aparición de efectos secundarios negativos como provocar daños físicos, facilitación de modelos agresivos, provocar reacciones negativas hacia la persona que los aplica.

Castigo negativo: Es la retirada de un estímulo reforzante subsiguiente a una respuesta el cual disminuye su frecuencia.

ANALISIS DE CASOS:

DETECCIÓN DEL APRENDIZAJE POR CONDICIONAMIENTO OPERANTE

PROBLEMA ACTUAL N°1:

Carmela de 21 años se siente enojada con su madre porque no acepta a su enamorado, ella le ha dicho “primero termina tus estudios, no quiero que los abandones”. Desde entonces la relación con su madre se ha hecho más distante, menos comunicativa y más fría. Carmela afirma “cuando veo a mi madre siento cólera y pienso: está vieja se cree dueña de mi vida, debería respetar mi decisión, yo no hago daño a nadie, siempre se ha metido en mi vida”. “Verla me llana de cólera, por eso cuando en casa me encuentro cerca, la evito retirándome de su lado y dirigiéndome hacia otro lugar de la casa. Cuando estamos solo las dos, salgo de la casa bajo cualquier pretexto, no soporto estar frente a ella.

PROBLEMA ACTUAL N°2:

La madre de Yimi de 17 años, refiere en consulta que su hijo no le hace caso. Le contesta con voz alta y sale de la calle cuando su madre le llama la atención. Ella afirma que le repite 4 veces durante el día que lave su ropa, él lo deja amontonado en su cuarto. Ella dice: “a mí me fastidia ver su cuarto desordenado” a la vez que ordena el cuarto de su hijo, lo barre, lo limpia y lava su ropa. Yimi viene de la calle, se pone la ropa limpia y vuelve a dejar sus cosas fuera de lugar. La madre dice: “a mí me da vergüenza que los vecinos vean a mi hijo sucio y con la misma ropa”.

PROBLEMA ACTUAL N° 3:

Lorenzo de 19 años, cursa el 2º año de psicología en la universidad. Afirma lo siguiente: “tengo problemas de timidez, hasta ahora he evitado exponer, en los trabajos en grupo, tipeo, reviso bibliografía, colaboro económicamente, pero no expongo. Tampoco participo verbalmente en la clase, aún cuando tengo una interrogante o se la respuesta. Es mas, no uso reloj para que la gente no me pregunte la hora. Me siento mal porque mis compañeros en la universidad forman grupos y ninguno me considera. Frente a una chica bonita y de mi edad, me pongo nervioso, si

me habla me ruborizo, tiemblan mis piernas y mi corazón se acelera, si la chica es fea, actúo normal. Quiero tener enamorada pero se me hace muy difícil, rehuyó de las chicas, prefiero evitar el contacto con ella, pienso: ahorita se va a dar cuenta que estoy nervioso, de repente hablo alguna "tontería". Cuando he hablado siempre termino ansioso, ruborizado y con voz desdoblada y mirada evasiva.

PROBLEMA ACTUAL Nº 4:

Tina de 28 años de edad, sostiene fuertes discusiones con su esposo porque ella interrumpe el acto sexual debido a su incremento de la ansiedad, como sudoración, taquicardia, agitación, experimentando la sensación de estar sexuando con su padrastro. En varias oportunidades rechaza preposiciones íntimas de su esposo, excusándose de malestar corporal y dolor de cabeza. Además cuando lo tienen adopta una posición pasiva en el coito. Ella afirma: "estoy aburriendo a mi esposo, es bueno y yo lo quiero, pero estoy con él solo por complacerlo porque nunca llego a sentir placeres, me siento excitada pero mis malos recuerdos me bloquean y solo siento asco y repugnancia por él".. Tina tiene 4 años de casada y nunca ha experimentado un orgasmo.

A la edad de 12 años, mientras dormía, su padrastro la destapo y acarició sus glúteos y vagina, ella inmediatamente lo rechazo, comenzó a llorar de impotencia y soñaba que era ultrajada por él. Varias noches se volvió a repetir dichos intentos.

La niña dormía con miedo, ansiedad y a sobresaltos. A la edad de 16 años lo amenazó con denunciarlo a la policía, desde entonces no volvió a intentarlo. Desde los 16 a los 22 años ha rechazado a Julio con quién se casa después de dos años de romance, negándose a tener relaciones pre-matrimoniales. Afirma "me case con él porque no me exigió sexo, el gusto que yo me cuidara hasta el matrimonio".

Las discusiones con su esposo se intensifican porque él piensa que ella tiene otro hombre. Ella no le ha contado los intentos de violación del padrastro, ni los recuerdos que interrumpen su acto sexual.

PRACTICA N° 2

FORMULACIÓN CLINICA-CONDUCTUAL

ETAPA I: DESCRIPCION DEL MOTIVO INICIAL DE CONSULTA

- 1 Observe y registre las características del comportamiento del paciente durante la entrevista.
- 2 Obtenga información sobre los motivos iniciales o las razones por las que el paciente decidió buscar ayuda profesional.
- 3 Describa la historia y/o acontecimientos desencadenantes de cada uno de los motivos de consulta.
- 4 Establezca el nivel inicial en el que el paciente presenta su motivo de consulta.

<i>FECHA</i>	<i>/ /</i>	<i>REMITIDO POR</i>		<i>PROCEDENCIA</i>	
<i>COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</i>					
<i>MOTIVO DE CONSULTA</i>					
DESCRIPCION	HISTORIA DE LOS PROBLEMAS Y ACONTECIMIENTOS DESENCADENANTE			NIVEL	

5. Formule las primeras hipótesis sobre los niveles determinados en el paso anterior y establezca la dirección ascendente o descendente para cada uno de los problemas según el nivel en el que se encuentre.

MOTIVO DE CONSULTA	HIPOTESIS	VALIDACION

ETAPA II: INFORMACION GENERAL, PERSONAL Y CONTEXTUAL

6. Obtenga los datos personales y demográficos del paciente y de personas significativas. (*)

7. Obtenga información sobre los recursos y el grado de satisfacción en las principales áreas del ambiente funcional que se relacionan con las actividades de la persona. (*)

(*) Véase en la Lectura Formulación Clínica-conductual.

ETAPA III: ANALISIS MOLAR

8. Obtenga información sobre las características de sus padres.

9. Haga un recuento de los principales acontecimientos significativos en la historia de la persona.

EDAD	ACONTECIMIENTOS	PROCESO

10. Genere las primeras hipótesis sobre factores de adquisición.

MOTIVO DE CONSULTA	HIPOTESIS DE PROXIMALES	ADQUISICION DISTALES	MECANISMO	PROCESO

ETAPA IV: INTRODUCCION A LA FORMULACION MOLECULAR – ANALISIS FUNCIONAL

11. Describa las características topográficas y los parámetros de la respuesta.
12. Determine los sistemas y/o procesos de los que forma parte esa unidad de respuesta particular.

ETAPA V: INTEGRACION DE LA FORMULACION CONDUCTUAL POR PROCESOS

13. Complete la Matriz de Formulación Clínica.
14. Establezca la relación entre los diversos niveles de la formulación
15. Con base en la verificación de hipótesis, establezca los mecanismos comunes a la acción de los distintos procesos.
16. Determine los procedimientos a través de los cuales pretende modificar los mecanismos comunes.

MOTIVO DE CONSULTA	MECANISMOS	MECANISMOS COMUNES	PROCESO

PRACTICA Nº 3 y 04

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Video taller: Estudio de Casos:

- ✓ Fobia Específica
- ✓ Ansiedad social
- ✓ Estrés post-traumático
- ✓ Trastorno obsesivo-compulsivo

Fobias Específicas

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

El DSM- IV-TR distingue varios tipos de fobia específica en las siguientes categorías (de las más a la menos frecuente)

- ✓ Situacional (aviones, elevadores, lugares cerrados)
- ✓ Ambiental (lugares elevados, tormentas, agua)
- ✓ De sangre/inyección/daño (ver sangre, recibir una inyección)
- ✓ Animales (insectos y animales)
- ✓ Otros tipos (p. ej. Evasión fóbica de situaciones que pudiesen originar ahogamiento, vómito o alguna enfermedad).

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

- ✓ Evaluación clínica: Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad del DSM-IV-TR
- ✓ Instrumentos autoaplicables:
 - Lista de temores: Greer, 1965, Wolpe, Lang, (1964)
 - Cuestionario para medir la ansiedad. Traducción del handbook of stress and anxiety disorders.
 - Indicadores de tensión. Lista de Chequeo. Manual de relajación de Cautela
 - IDARE Adaptación del STAI de Spielberger
 - SCL-90- R Cuestionario de 90 síntomas- L.R. Derogatis (2002) TEA Ediciones

Metas Generales de la Terapia

La reducción del temor es la meta final al tratar fobias específicas. Otras metas se centran en aumentar el funcionamiento que pudiese verse afectado por las reacciones fóbicas. Entre estos objetivos quizá se encuentre mejorar las actividades laborales, académicas y sociales que se deterioran por la fobia. Por último, debido a que los individuos con una fobia específica a menudo desarrollan conductas desadaptativas para afrontar sus temores (como abusar del alcohol), el tratamiento incluye también el fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento adaptativo.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Disminuir la activación fisiológica	Terapia de exposición Inundación Relajación aplicada
➤ Reducir las reacciones vasovagales (Síncope, breve pérdida de conciencia, bradicardia, fibrilación auricular)	Terapia de exposición Tensión aplicada Control Respiratorio
➤ Mitigar las ideas disfuncionales. <i>Pensamientos distorsionados:</i> Sobre generalización, pensamiento anticipatorio, filtraje, magnificación, personalización...)	Reestructuración cognitiva Análisis costo-beneficio Imágenes positivas guiadas

- **Terapia de exposición:** Pretende distinguir las respuestas condicionadas al temor a estímulos relevantes. Esto se basa en la concepción de que las fobias específicas se mantienen en parte por la evitación de los estímulos que generan la ansiedad.
- **Inundación:** Técnica de reducción de ansiedad semejante a la exposición; sin embargo, en lugar de un encuentro gradual con el Estímulo temido, la inundación implica una exposición repetida a los estímulos identificados como los que más teme el paciente.
- **Relajación aplicada:** Supone una serie de habilidades de relajación aprendidas al enfrentar una situación angustiante. Entre ellas se cuentan la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización y entrenamiento autogénico. Se ha comprobado que la relajación autoaplicada reduce la activación de fobias específicas (Ost, Sterner, Fellenius, 1989).
- **Tensión aplicada:** La tensión aplicada implica hacer que los pacientes tensen de manera repetida sus principales grupos musculares en un intento por aumentar la presión arterial y, así, impedir las reacciones vasovagales.
- **Control Respiratorio:** Semejante a la respiración profunda. Esta técnica consiste sólo en supervisar y regular el ritmo de las respiraciones (alargar las respiraciones inferiores) y su profundidad (Foulds, 1993)
- **Reestructuración cognitiva:** Ayuda a alterar las ideas disfuncionales relacionadas con una fobia específica. Con la reestructuración cognitiva los pacientes aprenden a elaborar interpretaciones alternas referentes. La autoafirmaciones positivas para modificar pensamientos automáticos negativos también aumenta la eficiencia del individuo y su participación en otras intervenciones de TCC.
- **Análisis costo-beneficio:** En un intento de abordar los pensamientos disfuncionales acerca del peligro y vulnerabilidad relacionados con la fobia, se promueve que los pacientes realicen un análisis costo –beneficio de sus creencias y comportamientos resultantes.
- **Imágenes positivas guiadas:** Ayudan al paciente a combatir los pensamientos disfuncionales, así como elaborar una perspectiva alterna hacia el estímulo temido. En la inducción, el terapeuta ofrece imágenes vívidas del paciente enfrentando con éxito el estímulo temido. Se guía al paciente por sus

pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se asemeja al planteamiento que postulan Nezu y colaboradores, 1998. Respecto a la visualización.

Ansiedad Social

La fobia social implica temores debilitantes en torno al desempeño o interacciones sociales. Es el tercer trastorno psicológico más común, con un índice de 13.3% de presencia en el transcurso de la vida (Kessler et al. 1994). La edad promedio en la que aparece es más o menos a los 15 años y después de los 25 es muy poco frecuente.

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

Evaluación clínica: Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad del DSM-IV

Instrumentos autoaplicables:

- ✓ Cuestionario para medir la ansiedad. Traducción del handbook of stress and anxiety disorders.
- ✓ Indicadores de tensión. Lista de Chequeo. Manual de relajación de Cautela
- ✓ IDARE Adaptación del STAI de Spielberger
- ✓ Cuestionario de asertividad de Rathus

Metas Generales de Terapia

Disminuir la frecuencia e intensidad de la ansiedad social relacionada con situaciones sociales o de desempeño, mejorar el desenvolvimiento en situaciones sociales, e incrementar las habilidades adaptativas de afrontamiento.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Disminuir la activación fisiológica intensa	Terapia de exposición Inundación Entrenamiento de relajación
➤ Limitar las ideas disfuncionales	Reestructuración Cognitiva Terapia de resolución de problemas
➤ Mejorar las habilidades interpersonales	Entrenamiento de habilidades sociales Entrenamiento de eficiencia social Terapia de grupo

- **Reestructuración cognitiva:** Como concepto, las variables cognitivas relacionadas con el trastorno se clasifican en tres niveles: *pensamientos automáticos negativos* (por ejemplo: “si hablo frente a este grupo, voy a decir una tontería, a nadie le voy a caer bien y todos me van a rehuir”) y *autoesquemas disfuncionales* (“soy un estúpido y un inadaptado”). Desde una perspectiva conceptual, la reestructuración cognitiva es un término muy amplio que abarca diversas estrategias específicas de terapia: terapia emotiva-racional (Ellis, 1994), cognitiva (Beck et al. 1985) y entrenamiento autoinstruccional (Michenbaum, 1977).
- **Terapia de resolución de problemas:** Un enfoque de terapia relacionado es la resolución de problemas (por ejemplo., D’Zurilla, Nezu, 1999), que se dirige a mejorar la capacidad general para enfrentar situaciones estresantes. Una parte de este abordaje supone cambiar los factores cognitivos que afectan de modo

negativo en la orientación del problema o en la visión general de los problemas, y en la evaluación propia respecto de las capacidades para resolver problemas.

- **Entrenamiento de habilidades sociales:** Esta estrategia parte de la idea de que algunos individuos con fobia social tienen habilidades sociales verbales y no verbales deficientes.
- **Terapia de eficiencia social (TES).** Combina el entrenamiento de habilidades interpersonales con la exposición para el tratamiento de la fobia social (Turner, Beidel, Coley, Woody, Messer, 1994).
- **Terapia de grupo:** La terapia de grupo permite alcanzar el modelaje, normalización, apoyo entre compañeros y reforzamiento de habilidades.

PRACTICA Nº 5 y 06

Estrés Post-traumático

El Trastorno por estrés post traumático (TEPT) es el cuarto desorden psiquiátrico más común en Estados Unidos. El TEPT es en extremo desgastante y genera un daño significativo en numerosas facetas de la calidad de vida general de una persona.

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

- ✓ Evaluación clínica: Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad del DSM-IV
- ✓ Instrumentos auto aplicables:
- ✓ (Evaluación del EMDR)

Metas Generales de Terapia

Debido al deterioro significativo que experimentan los pacientes con TEPT, las metas de resultados finales se dirigen a mejorar el funcionamiento general y la calidad de vida. Entre las metas específicas está disminuir los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos de la angustia y al ansiedad. Mejorar las relaciones sociales y la capacidad de trabajar fuera de casa (o ir a la escuela) son metas finales adicionales. (por ejemplo, deficiente control de la ira) y problemas comórbidos (por ejemplo abuso de sustancias).

Entre los Objetivos del tratamiento se encuentran los siguientes:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Reducir la activación psicofisiológica.	EMDR Terapia De sensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular. Terapia de exposición Inundación Manejo de la Ansiedad (Entrenamiento de relajación)
➤ Disminuir las ideas disfuncionales	Reestructuración Cognitiva Auto diálogo guiado Ensayos conductuales Detención del pensamiento
➤ Mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento.	Entrenamiento de inoculación de estrés Terapia de resolución de problemas Entrenamiento de manejo afectivo

- **Reestructuración cognitiva:** La meta es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas. Estas últimas quizá sean una evaluación negativa: “ está situación es más de lo que puedo manejar” “ no me puedo relacionar con otras personas”,

suposiciones negativas: “ no es posible confiar en nadie” “ el mundo es un lugar peligroso” y autoesquemas negativos : 2 soy vulnerable” “ debo ser una mala persona para que esto me haya pasado a mi”.

- **Autoinstrucciones:** Tras identificar las cogniciones desadaptativas, el autodiálogo guiado es útil para fomentar autodeclaraciones más positivas.

- **Ensayos conductuales:** Si bien los pacientes con TEPT anticipan el daño, los ensayos conductuales permiten que el individuo ponga a prueba hipótesis acerca de su grado actual de peligro. El objetivo de los ensayos conductuales es poner a prueba suposiciones desadaptativas para determinar su veracidad.

- **Detención de pensamientos:** EN la detención de pensamientos pone en práctica un estímulo aversivo por detener los pensamientos intrusivos y obsesivos.

- **Inoculación del estrés:** La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse y ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Gracias a esta técnica ya no es preciso evitar o amortiguar situaciones productoras de estrés. Por el contrario, permite desarrollar nuevas formas de reaccionar, aprendiendo a relajarse en lugar de la habitual respuesta de miedo o cólera.

-**Entrenamiento de manejo afectivo:** Para afinar las habilidades de afrontamiento en personas con TEPT son útiles distintos tipos de manejo afectivo (por ejemplo abordar la desregulación afectiva y la ira).

Trastorno Obsesivo-compulsivo

El trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas cosas.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se percibe como invasivas o inadecuadas, se consideran inaceptables, y generar ansiedad y angustia significativas.

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

- ✓ Evaluación clínica: Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad del DSM-IV
- ✓ Instrumentos auto aplicables:

Metas Generales de Terapia

El TOC tiene el potencial de ser el trastorno de ansiedad más debilitante a causa de la intensa angustia que interfiere de manera significativa con la rutina normal y el funcionamiento ocupacional del individuo. Entre las metas se espera disminuir la angustia, reducir el tiempo dedicado a las obsesiones y rituales, y mejorar el desempeño laboral / escolar. Además, debido a que el TOC es un estresor significativo no sólo para el paciente sino también para su familia y red social, mejorar las relaciones puede ser una meta final importante.

Entre los Objetivos del tratamiento se encuentran los siguientes:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Disminuir la valoración de pensamientos intrusivos	Reestructuración cognitiva. Estrategia de la grafica de pastel. Terapia de resolución de problemas.
➤ Reducir los comportamientos neutralizadores manifiestos	Exposición y prevención de la respuesta. Modelado. Suspensión de rituales.
➤ Limitar los comportamientos desadaptativos manifiestos	Cintas de audio Diario de supresión de pensamientos Ensayos conductuales.

- **Reestructuración cognitiva:** Los objetivos específicos de la reestructuración cognitiva para el TOC son los pensamientos disfuncionales relacionados con la responsabilidad y el peligro con la meta de “descatastrofizar” los pensamientos intrusivos. La técnica de la flecha descendente es una herramienta adicional de la reestructuración cognitiva para el TOC.
- **Estrategia de la grafica de pastel:** Debido a que los pacientes con TOC a menudo sobreestiman su responsabilidad de un suceso negativo se les instruye una técnica para realizar esta identificación implica elaborar una “grafica de pastel” (Leahy, Holland, 2000). Aquí, se le pide al individuo que haga una lista con

la gente que pudiera ser responsable de un suceso peligroso, encabezada por él mismo; después de asignar la parte de responsabilidad se diagrama en una gráfica de pastel y la última cantidad de responsabilidad es asignada entonces al paciente. Esto permite modificar el pensamiento de “todo o nada” respecto de la responsabilidad que tendrá en un suceso temido.

- **Terapia de resolución de problemas:** El entrenamiento de resolución de problemas facilita la adquisición de una mayor flexibilidad y adecuación de habilidades de afrontamiento.
- **Exposición y prevención de la respuesta:** Implica exponer a los pacientes a sus obsesiones y al mismo tiempo, obstruir el impulso a manifestar comportamientos neutralizadores. La exposición permite la habituación a los estímulos temidos (es decir, obsesiones), ya condicionadas de manera clásica. Para aplicarla se jerarquizan los temores y se expone al paciente a ellos de manera sistemática y progresiva, mientras que otras se abordan in vivo (por ejemplo: lavarse las manos después de tocar algo sucio).
- **Modelaje:** Es adecuado para aumentar la cooperación con la Exposición.
- **Suspensión de rituales:** Se intenta completar el comportamiento en una manera en extremo extensa y prolongada o que se repita una cantidad inusitada de veces.(por ejemplo: en una serie de 5 si el comportamiento se suele realizar de 3); o que el paciente reciba la indicación de que se posponga el ritual durante un período específico (por ejemplo: al principio un minuto. Hasta llegar a varias horas), tras el cual decide si aún desea continuar con al conducta.
- **Cintas de audio:** Aquí el paciente verbaliza sus pensamientos temidos e graban y después se les escucha una y otra vez en la sesión y después de ella. Los estímulos vocales directos generan el acto de la supresión del pensamiento y otras conductas desadaptativas manifiestas difíciles, lo que permite la habituación.
- **Diario de supresión de pensamientos:** El terapeuta pide al paciente que suprima sus pensamientos en días específicos y en otro no

PRACTICA Nº 7

ENFRENTANDO EL ESTRÉS

Video taller: Estrés.

Desarrollar:

1. Ideas Fuerzas

2. Análisis del Contexto

3. Conclusiones y Recomendaciones.

TÉCNICAS A UTILIZAR:

ENFRENTANDO EL ESTRÉS

ES IMPORTANTE:

Analizar que situaciones nos conducen tensión (Qué, cuándo con quién, dónde) y qué me pasa ante esas situaciones (palpitaciones, respiración agitada, sudoración, temblor, fatiga, tensión muscular, dificultad para concentrarse, olvidos, etc.) para poder interrumpirlas inmediatamente con una relajación, así como darse cuenta de lo que me digo en ese momento para poder cambiarlo con pensamientos más positivos y saludables.

PASOS:

1. Ejercitar alguna forma de relajación, como: respiración profunda, ejercicios de relajación-tensión, imágenes agradables, meditación, etc.
2. Hacer una lista de situaciones estresantes desde las que nos producen ligeras molestias, hasta las más perturbadoras.

Crea una lista de pensamientos positivos como los de **

** Preguntas que nos pueden ayudar a tener pensamientos más positivos:

¿Es verdad eso?, ¿cómo lo se?, ¿tiene lógica?, ¿dónde está escrito?

¿por qué tiene que ser así?, ¿por qué debería ser así? (son preguntas que buscan la razón y la lógica)

¿Qué evidencia existe?, y ¿Qué si pasa eso?, ¿Qué pasaría si.....? (prueba de la realidad)

¿Cómo me siento cuando pienso de este modo?, ¿vale la pena?, ¿qué consigo pensando así? (costo – beneficio)

Me gustaría que no suceda esto...pero...

Desearía, quisiera no pasar por esto, pero...

3. Imaginar cada una de las situaciones y relajarte mientras las visualiza o imagina.
4. Utilizar la relajación y los pensamientos positivos “en vivo” antes, durante y después, como veremos a continuación:

I. ANTES (preparación)

Con esa reacción puedo repetir las mismas equivocaciones-ponerme agresivo, perder el control, ponerme tenso.

¿Voy a cambiar las cosas? ¿Vale la pena?

L único que he conseguido es actuar y no pensar , aumentar mi ritmo cardíaco, presión arterial, inmovilizar mi colesterol, mas azúcar en la sangre, más ácido al estómago, bajar mi inmunidad, etc.

Las cosas siguen igual ponga como me ponga

Pensaré en lo que puedo hacer al respecto

¿De qué otro modo puedo reaccionar en lugar de con cólera y/o preocupación?

Puedo relajarme; voy a respirar profundamente.

Puedo dominar esta relación.

II. DURANTE (el manejo de la situación)

Soy capaz de enfrentar esto.

Me concentraré en el plan, un paso a la vez.

Continúo relajándome, respirando hondo y exhalando lentamente por la boca.

Pronto habrá terminado.

Todo saldrá bien.

Importa más lo que pienso y siento que lo que digan o hagan los demás.

Esta tensión que siento es señal para relajarme.

Me concentraré en mi respiración, en lo que tengo que hacer y no en la causa de mi tensión.

Puedo detener los pensamientos negativos que incrementan mi tensión.

Consigo relajarme poco a poco.

III. DESPUÉS (reforzamiento del éxito)

Pude controlar la tensión y mi cólera.

Resultó, funcionó.

Me relajé y lo conseguí.

La próxima vez me saldrá mejor.

Nota: Esta técnica se recomienda en aquellos casos en que percibimos poco a ningún control. Siendo complementada con la técnica de **solución de problemas**. (Revisar libro de técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés de Mc-Kay)

PRACTICA Nº 8, 09 y 010

DEPRESION

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado de que se suele denominar el “resfriado” entre los problemas de salud mental (Nezu, Nezu, Perri, 1989).

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

Evaluación clínica: Entrevista estructurada en Salud Mental del DSM-IV-TR

Instrumentos autoaplicables:

Hamilton Rating Scale for Depresión- HRSD (Hamilton,1960; Escala de Hamilton para la Depresión).

Beck Depression Inventory, BDI. (Beck, Shaw y Emery 1996; Inventario de Depresión de Beck). El Cuestionario más común para medir la gravedad de los síntomas de depresión.

Zung Depression Self-Rating Depression Scale (Zung, q965; Escala de Depresión de Zung).

SCL-90- R Cuestionario de 90 síntomas- L.R. Derogatis (2002) TEA Ediciones

Metas Generales de Terapia

Las principales metas de resultados finales son el mejoramiento del estado de ánimo negativo y de la pérdida de interés en actividades placenteras. Además, si la ideación suicida es significativa, el tratamiento debe concentrarse en disminuir tanto la ideación como los intentos activos. Si el estado de ánimo depresivo sostenido provocó un debilitamiento significativo del funcionamiento, las metas deberán abarcar el mejoramiento de las relaciones ocupacionales, académicas y sociales.

Entre los Objetivos del tratamiento se encuentran los siguientes:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Disminuir el pensamiento disfuncional	Reestructuración cognitiva Terapia de resolución de problemas
➤ Optimizar la capacidad de resolución de problemas	Terapia de resolución de problemas
➤ Incrementar las habilidades de autocontrol	Terapia de autocontrol Terapia de resolución de problemas
➤ Mejorar las tasas de reforzamiento positivo	Activación conductual
➤ Aumentar las habilidades sociales/interpersonales	Entrenamiento en habilidades sociales

Terapia de Autocontrol.- Se centra en vencer los siguientes tres déficits: automonitoreo, autoevaluación y autoesfuerzo. Por ejemplo, se enseña a los pacientes a: a) mantener un registro diario de experiencias positivas y su estado de

ánimo asociado; b) establecer metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas; y c) identificar reforzadores, así como a administrarse estas recompensas tras alcanzar una meta. Los estudios de Rehm y otros investigadores basados en este modelo de tratamiento demuestran la eficacia de la terapia de autocontrol.

La Activación Conductual: (Jacobson, Martell, Dimidjian, 2001). La activación conductual se concentra en aumentar el comportamiento gratificante y productivo de un paciente deprimido. SE trata de un enfoque que combina la planeación de recompensas y actividades placenteras con el fin de alcanzar dicha meta.

PRACTICA N ° 11-12

PROBLEMAS DE IRA

El concepto de ira no recibe tanta atención como otros trastornos del estado de ánimo en la bibliografía de diagnóstico y tratamiento (Deffenbacher, Stark, 1992), a pesar de que la ira y la hostilidad suelen ser características básicas de los problemas por lo cuales se acude a una clínica, como comportamiento agresivo verbal y físico, violencia doméstica, disfunción familiar y marital, abuso infantil, conducta criminal y diversos padecimientos relacionados con al salud , como enfermedades coronarias.

Desarrollar:

Descripción y Aspectos del Diagnóstico

(Según el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) *Trastorno explosivo intermitente.*

Aspectos del Diagnóstico Diferencial

Evaluación del Trastorno:

Para la evaluación, es importante primero definir claramente los conceptos xde:

Ira: sentimiento interno, mental y subjetivo con cogniciones asociadas y patrones de activación fisiológica.

Agresión: Comportamiento manifiesto con el fin de hacer daño o lesionar a una persona u objeto.

Hostilidad: patrón presente en múltiples situación o rasgo de enojo en combinación con agresión verbal física (sin estímulo presente)

Evaluación clínica: Entrevista estructurada en Salud Mental del DSM-IV-TR

Instrumentos autoaplicables:

Inventario Multicultural de Expresión de Cólera-Hostilidad IMECH. Nelly Ugarriza 2001.

SCL-90- R Cuestionario de 90 síntomas- L.R. Derogatis (2002) TEA Ediciones

Metas Generales de Terapia

Entre los Objetivos del tratamiento se encuentran los siguientes:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Disminuir la activación fisiológica elevada	Entrenamiento de relajación Meditación de ampliación de conciencia
➤ Reducir las distorsiones cognitivas	Reestructuración cognitiva Terapia de resolución de problemas Habilidades para perdonar Humor
➤ Mejorar las habilidades interpersonales	Entrenamiento en habilidades de comunicación Entrenamiento en habilidades de asertividad Terapia de resolución de conflictos Entrenamiento en habilidades sociales Terapia de grupo

Meditación de ampliación de conciencia.- Las técnicas de meditación orientales que se basan en la filosofía budista se integran cada vez más a los paquetes de tratamientos de terapia cognitivo-conductual (Leifer, 1999; Nezu, 2003). Las técnicas de ampliación de la conciencia fomentan que el paciente comprenda e identifique la presencia de sus respuestas de ira, además de que perciba sus resultados destructivos.

Los pacientes afinan la capacidad de autosupervisión de sus propios detonantes de activación, pues mantienen la atención en el momento presente.

Habilidades para perdonar.- Según DiGiuseppe, 1999, El perdón parece básico para la reducción de la ira porque los pensamientos de ira de los pacientes a menudo se centran en las ofensas que los demás les infligieron.

Humor.- Deffenbacher (1999) recomienda técnicas que incluyen humor como forma de reducir las cogniciones de ira. Un ejemplo, sería crear un personaje o dibujo cómico a partir de una etiqueta hostil o de un pensamiento verbalmente agresivo que genere una imagen cómica en la cual pensar cuando el paciente manifieste la conducta propia de tal etiqueta.

Reestructuración cognitiva según la TREC:

Pasos básicos del trabajo de un terapeuta racional emotivo con un cliente que sufre de accesos de cólera.

Al menos tres de los siguientes cinco aspectos:

- Enseñarle el esquema del A-B-C del surgimiento de sus reacciones coléricas.
- Enseñarle a detectar sus creencias o ideas irracionales.
- Enseñarle a disputar (combatir, cambiar, superar) sus creencias o ideas irracionales.
- Mostrarle cómo sus creencias racionales van a tener un nuevo efecto emocional (conductual).
- Persuadirlo de realizar "tareas en casa" (llenar formatos, enfrentar situaciones, detectar y combatir creencias irracionales) hasta la siguiente sesión.

Las estrategias de intervención para modificar los factores cognitivos se basan en principios de reestructuración cognitiva.

ANGUSTIA DE PAREJA

En vista de la elevada presencia de matrimonios y divorcios, la angustia de pareja es común.

Los problemas o estresores son inevitables y a menudo operan para aumentar la angustia en la pareja. Así, por ejemplo, las tensiones financieras, el estrés laboral, enfermedades y otros sucesos cotidianos importantes, pueden presionar una relación. Mas aun, los estresores con frecuencia destacan las diferencias de estilos de afrontamiento entre los miembros de la pareja. Es posible que lleguen a presentarse algunos patrones cognitivos y conductuales desadaptativos durante épocas difíciles, lo que aumenta dicha angustia.

Entre los predictores de problemas en la relación se hallan el divorcio de los padres, violencia en la familia de origen y la psicopatología individual. Gottman y colaboradores (Gottman, Coan, Carrere, Swanson, 1998) predijeron mas o menos 80% de divorcios e insatisfacción marital al evaluar variables como el rechazo de un esposo a la influencia de su mujer, reciprocidad negativa de emociones y falta de disposición a suavizar los problemas durante la resolución de los mismos.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Instrumentos Autoaplicables:

- Cuestionario de patrones de comunicación.
- Inventario de problemas en la relación
- Inventario de Creencias Sobre la Relación (Roy J. Eidelson y Norman Epstein)

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

En el trabajo con parejas, las metas radican en reducir los conflictos y la conducta negativa, así como aumentar la cercanía y la intimidad.

Entre los Objetivos del tratamiento se encuentran los siguientes:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	INTERVENCIÓN (TÉCNICAS)
➤ Incrementar los comportamientos positivos	Intercambio conductual Programa de Actividades Placenteras Autorregulación
➤ Mejorar la comunicación adaptativa y la resolución de problemas	Entrenamiento de habilidades de comunicación Entrenamiento de comunicaciones emocionales Terapia de resolución de problemas
➤ Disminuir las ideas disfuncionales	Reestructuración cognitiva Ensayos conductuales Recomposición
➤ Aumentar la aceptación.	Unión con empatía Construcción de tolerancia.

PRACTICA Nº13

MODELOS PREVENTIVOS

Desarrollar:

4. Diferencias entre Prevención y promoción

5. De acuerdo al **MODELO INTEGRATIVO DE RORIGUEZ MARIN**, Describir el mantenimiento de una conducta problemas:

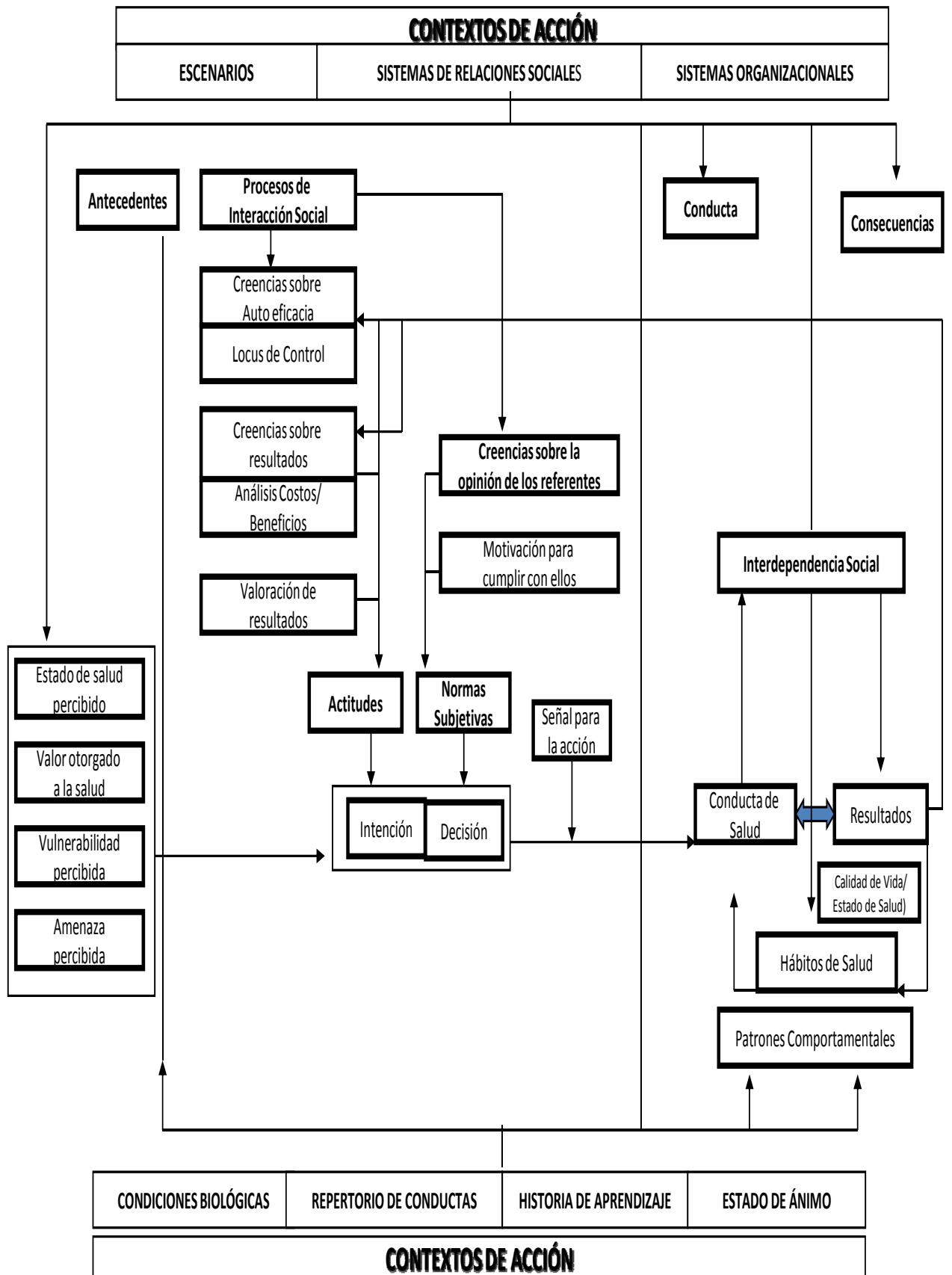
Adicción a sustancias tóxicas (Alcoholismo, drogas, tabaco)

Ludopatía

Anorexia o Bulimia

Sedentarismo

Otros



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOMEZ, PLANS, SANCHEZ y SANCHEZ.D. (2003). Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. Editorial EOS. Madrid.

NESU, A., NEZU, C. & LOMBARDO, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Ed. Manual Moderno: México.

MCKAY, M., DAVIS, M. & FANNING, P. (1986). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. ED. Martínez r oca: Barcelona.