



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

Psicología: enfoque cognitivo conductual y humano

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JUAN JOSÉ IGNACIO VILLANUEVA CUEVAS



DIRECTOR: Mtra. ARACELI SILVERIO CORTÉS

DICTAMINADORES: Lic. FELICITAS SALINAS ANAYA

Lic. GERARDO ABEL CHAPARRO AGUILERA

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias A:

*Mi padre y mi madre Ignacio Villanueva y Josefina Cuevas
Por haber estado siempre conmigo y haberme enseñado
El significado del estudio y de una carrera*

*A mi hermano Jorge Alejandro Villanueva
Por decirme tantas palabras y frases
Por escucharme y por ser un buen compañero de vida*

A mi familia por apoyarme de una u otra manera a pesar de todo

*A mis amigos del 52 por estar desde hace tantos años
Y por ser ellos con quienes comencé este
Ciclo de estudio dentro de la Universidad*

*A Jesús Contreras y Roberto Herrera
Mis dos mejores amigos de la facultad*

*A mis amigos de la Udla y a toda la gente
que me acompañó durante este proceso*

“Gracias a Dios”

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1	
1. Psicología clínica.....	11
1.1 Historia de la psicología.....	11
1.2 Historia de la psicología en México.....	15
1.3 Funciones del psicólogo clínico.....	16
1.4 El proceso Terapéutico.....	22
Capítulo 2	
2. Conductismo y terapia cognitivo conductual.....	28
2.1 Pavlov.....	29
2.2 Watson.....	30
2.3 Skinner.....	30
2.4 Terapia conductual y técnicas de intervención.....	32
2.4.1 Relajación muscular.....	33
2.4.2 Modelado.....	33
2.4.3 Asertividad.....	34
2.4.4 Manejo de contingencias.....	35
2.4.5 Desensibilización sistemática.....	35
2.5 Terapia cognitivo conductual.....	36
2.5.1 Objetivos y bases de la terapia cognitivo conductual....	37
2.5.2 Terapia, análisis funcional y técnicas.....	38
2.5.2.1 Terapia racional emotiva.....	40
2.5.2.2 Terapia de Beck.....	42
2.5.2.3 Solución de problemas.....	43
2.5.2.4 Inoculación de estrés.....	44
2.5.2.5 Intervención en crisis.....	45
3. Conclusiones.....	45

Capítulo 3	
3.1 Humanismo, Antecedentes Históricos y Filosóficos.....	47
3.2 Rogers Terapia centrada en el cliente.....	52
3.2.1 Relación terapéutica.....	55
3.2.2 Características del terapeuta.....	56
3.2.3 El reflejo.....	58
3.3 Conclusiones.....	58
3.4 Psicología transpersonal.....	59
3.4.1 La psicología transpersonal en el ámbito clínico.....	61
3.5 Taoísmo.....	61
3.5.1 Teoría de los cinco elementos.....	62
3.5.2 Kung fu sexual.....	66
3.5.2.1 Ejercicios musculares.....	67
3.5.2.2 Ejercicios respiratorios.....	68
3.5.2.3 Energía sexual.....	69
3.5.2.4 La aspiración en frío.....	70
3.5.2.5 La gran aspiración.....	72
Reporte de casos.....	74
Conclusiones.....	90
Bibliografía.....	94

RESUMEN

La presente tesina habla de la psicoterapia individual desde dos enfoques terapéuticos. El enfoque cognitivo conductual y el enfoque humanista son dos perspectivas que surgen durante el siglo XX en respuesta a las prácticas psicoanalíticas y conductuales las cuales se consideran reduccionistas. En tercer lugar se habla de la psicología transpersonal y alternativas terapéuticas provenientes de la religión taoísta. El objetivo es hacer una revisión teórica de la terapia humanista y cognitivo conductual viendo el impacto de estas en casos prácticos.

Desde estas perspectivas teórico prácticas se abordan tres casos; el primero habla de fobias en un niño de nueve años; el segundo caso es de una mujer que tuvo problemas en su relación de pareja y en la autorrealización; el último caso es de un hombre que padece de eyaculación precoz.

INTRODUCCIÓN.

En la presente tesina se hace una revisión teórica de la terapia humanista y cognitivo conductual observando su impacto dentro de la práctica clínica.

Estos dos enfoques se retoman debido a que es la formación académica más común que se da en la FES Iztacala y son dos corrientes que se ocupan frecuentemente dentro de los procesos terapéuticos. Posteriormente se revisan terapias alternativas tomando como referencia la psicología transpersonal, en un particular punto de vista como formación propia.

“Cuando hablamos del papel profesional del terapeuta, nos referimos al proceso intencionado, para el cual se requiere capacitación, conocimientos y habilidades (Sánchez, 2008, p.319).”

La importancia del proceso terapéutico radica en cambiar conflictos emocionales de las personas que acuden a este servicio. Este proceso ofrece la oportunidad de que las personas encuentren las herramientas necesarias para solucionar sus problemas, teniendo un apoyo sólido en su terapeuta. La relación terapéutica, fortalece a muchas personas debido a que es una relación de ayuda en la cual los usuarios encuentran alivio y una catarsis emocional que no encuentran fácilmente con las personas que los rodean.

Todos en un momento de nuestras vidas podemos pasar por un momento de crisis o angustia emocional debido a un sin fin de problemáticas que ocurren en la vida cotidiana, por lo que es necesario e indispensable, no dejar de lado nuestra salud mental.

La población sigue temiendo el hecho de asistir a terapia por el miedo que les causa el estigma social de lo que se piensa de ir al psicólogo. Sin embargo en la actualidad algunos de estos prejuicios van disminuyendo y es más la gente que requiere, acepta y comprende que necesita esta ayuda profesional. La salud mental es tan importante como cualquier otro tema.

La necesidad de algunas personas de acudir a psicoterapia se debe a que a veces les cuesta mucho enfrentarse a sus miedos y generan conductas mecánicas o

máscaras para evitar ser dañados, humillados o destruidos. A veces suelen generarse ideas negativas, ideas impulsivas o compulsivas que impiden que vivamos tranquilos, con menos cargas o bien acudiendo a drogas y /o tranquilizantes que anestesian contra la angustia y la ansiedad. También las expectativas desmedidas, la sensación de no tener control, de no tener poder o de no tener dinero pueden bloquear la sensación de vacío de nuestra existencia. Y en muchas ocasiones a pesar de lograrlo, nos es insuficiente aquello que obtenemos. La terapia es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos sociales, intelectuales, sexuales, físicos y emocionales.

Mediante el análisis, la reflexión y las tareas se pretende una recuperación del significado y la congruencia emocional del usuario.

La principal función de un terapeuta es, independiente del enfoque, ayudar al usuario que requiere de sus servicios. De la misma manera, la empatía es algo esencial dentro del proceso terapéutico, ya que no toda la gente se acopla igual con una persona o con otra, de este mismo concepto se concluye que una misma estrategia no puede ser funcional para dos personas aún cuando tengan el mismo problema. Este es el motivo del por qué se abordan distintos enfoques teóricos de, ya que en el área terapéutica podemos encontrar distintas maneras de pensamiento debido a las historias particulares de los usuarios.

Teóricamente se nos ha enseñado que los distintos enfoques se contraponen en sus postulados y metodologías, pero en la práctica terapéutica, se retoman para ayudarnos a resolver los distintos problemas que nos presenta el usuario. Se pretende hallar la visión integral, rescatando la funcionalidad de cada enfoque empleado y sus técnicas, sin mezclar y respetando los lineamientos teórico metodológicos de cada uno, en lugar de comparar una perspectiva con otra.

Los dos principales enfoques que se abordan son el cognitivo conductual y el humanista de Carl Rogers. Posteriormente se habla de la psicología transpersonal como punto de referencia para abordar el taoísmo y las aportaciones que da en el contexto terapéutico.

El enfoque cognitivo comienza al hacerse las primeras evaluaciones mentales con los trabajos de Francis Galton, James Cattell y Lewis Terman entre otros. La

inconformidad de algunos conductistas con los alcances de su teoría, se vieron reflejados durante la década de los sesentas con la teoría del aprendizaje de Albert Bandura.

El modelo cognitivo conductual es la conjunción de los conceptos cognitivos con la metodología conductual (principalmente los paradigmas de aprendizaje) para la creación de técnicas en psicología clínica. Debemos tomar en cuenta que el objetivo de esta teoría es modificar patrones de pensamiento para poder cambiar de la misma manera, patrones conductuales.

Las técnicas cognitivas que actualmente se emplean son la terapia racional emotiva, la reestructuración cognitiva, la inoculación de estrés y la solución de problemas, como algunas que más resaltan.

Un problema que se puede tratar con bastante eficacia dentro de este marco es el de las fobias, que no son más que miedos que se viven de manera muy intensa bloqueando la cognición y, las maneras de actuar de la gente ante ciertas circunstancias, objetos o personas que consideran amenazantes. Las reacciones que se experimentan pueden ser temblores, aceleración de la respiración y la frecuencia cardíaca, náuseas e incluso llanto. Este es el tema del primer caso expuesto aquí.

Continuando con los enfoques teóricos del presente trabajo, el humanismo que surge con Maslow y Rogers, es introducido a México por Lafarga y Gómez del Campo a finales de los sesentas. Los trabajos publicados han abordado temas como los principios teóricos del enfoque, sus implicaciones sociales, las relaciones interpersonales y los principios de la educación. Pero es también importante señalar los elementos que destaca dentro de la psicoterapia, para ayudar al usuario profundizando en la importancia que tiene como persona y el hecho de hacerla ver como alguien que puede encontrar el camino propio hacia la autorrealización. Esta es la razón por la cual se le conoce a este enfoque como no directivo o centrado en la persona. "Es un proceso de crecimiento que favorecerá el autoapoyo y desarrollo de los recursos personales del consultante, por consiguiente la mejoría de, o superación del trastorno o aflicción que lo aqueja" (Sanchez, 2008, p.305).

Actualmente, en las ciudades modernas, la vida se convierte en un universo artificial que crece a ritmo vertiginoso. Lo más importante es ser un “triunfador”, actitud que se ve reforzada y aprovechada por los grandes consorcios empresariales, para los cuales, las personas son un gran mercado que explotar, vendiéndoles estilos de ropa, de música e incluso imágenes y estereotipos que marcan un deber ser.

A esto también podemos sumar las expectativas familiares, que son las que marcan desde la infancia a la persona sobre lo que se espera de ella, lo que se debe, puede y no hacerse.

Con esto la persona queda alienada y sujeta a su familia, cultura y estereotipos, causando una gran confusión “porque la deja con poco tiempo para reflexionar, además de producir sentimientos de culpa, influencias negativas y falta de creatividad” (García, 2011, p.77) en la construcción de sí misma.

Con estas referencias, el segundo caso presenta dos problemáticas, una ruptura con la pareja y la autorrealización.

En muchas ocasiones la ruptura con una pareja lleva a un duelo en cuanto a las expectativas que se tenían junto con esa persona.

Por mi parte, la tercera corriente que retomo es la psicología transpersonal, que aunque surge del humanismo toma en cuenta aspectos más profundos y espirituales del ser humano. Esto se centra principalmente en las antiguas religiones orientales.

Las experiencias cumbre y los estados alterados de conciencia son uno de los principales objetivos de la psicología transpersonal.

En este trabajo se retoma la filosofía taoísta debido a la amplitud y riqueza de ejercicios y técnicas que encontramos en ella. Algo que es necesario mencionar es el hecho de que parte de este conocimiento también está incluido en la formación académica dentro de la FES Iztacala.

Así, en el tercer caso que se reporta, se intenta llegar a un equilibrio emocional y evitar la eyaculación precoz retomando las prácticas taoístas.

Este equilibrio emocional se logra a partir de una teoría conocida como “los cinco elementos”, la cual nos habla de la cosmovisión que se ve reflejada en nuestro cuerpo como una proyección microcósmica del universo.

Los elementos que se manejan aquí son: la madera, el fuego, la tierra, el metal y el agua. Desde este punto de vista, cada uno se relaciona con una emoción y con ciertos órganos específicos del cuerpo, así mismo tiene relación con tejidos, épocas del año, colores, aromas y sabores.

Para poder llegar a este equilibrio emocional a través de estos elementos se debe trabajar cada uno de ellos.

Por otro lado, la eyaculación precoz es una falta de control sobre el reflejo eyaculatorio; por tanto, es un trastorno de la fase del orgasmo durante la relación sexual. Los urólogos y terapeutas sexuales encuentran que la eyaculación precoz causa frecuentes problemas emocionales, tanto para el paciente como para su pareja.

En la cosmovisión del Taoísmo podemos encontrar diversas técnicas que pueden ayudar a las personas en este aspecto y se le conoce con el nombre de Kung Fu sexual. Esta práctica es conocida desde hace miles de años por la cultura china, en específico por los antiguos monjes taoístas, los cuales logran este control a través de ejercicios respiratorios, musculares y el movimiento de la energía sexual. En el desarrollo de esta tesina se hablará de la psicología clínica desde sus inicios con Witmer y como fue evolucionando a través de la historia. Se mencionan las funciones que desempeña un psicoterapeuta junto con sus habilidades y responsabilidades dentro de la práctica.

El segundo capítulo inicia con la terapia conductual y los trabajos que hicieron sus principales exponentes. Posteriormente se funde con la teoría cognitivo conductual y ambas se apoyan complementándose con la riqueza de técnicas que en ellas encontramos.

De igual manera se revisan los planteamientos teóricos y filosóficos del humanismo aplicados en psicoterapia. En un segundo apartado de este mismo capítulo se habla de los orígenes de la psicología transpersonal para ligarlo con el taoísmo y su funcionalidad en la práctica clínica.

Con esta revisión se da el sustento teórico metodológico de la presente tesina y el impacto que tiene la terapia psicológica sobre los casos presentados siendo el objetivo de la presente tesina.

1. PSICOLOGÍA CLÍNICA

Dentro del campo de la psicología hay dos vertientes que surgen debido al reduccionismo de la práctica conductual y psicoanalítica, que influyeron en gran medida durante finales del siglo XIX y parte de la primera mitad del XX.

El psicoanálisis condena al hombre a la neurosis y da cuenta de la naturaleza humana como perversa reduciendo al comportamiento humano a deseos sexuales, motivados únicamente por pulsiones y deseos sexuales. En contraste, el conductismo dogmatiza la ciencia positivista viendo a la persona como una máquina llena de engranes, el cual es el receptor de estímulos y emisor de respuestas dejando todo proceso emocional o cognitivo de lado.

Tanto la terapia cognitivo conductual como el humanismo retoman los procesos internos de la persona. La primera no deja de lado la metodología científica, pero adapta los procesos cognitivos, como lo es la evaluación de sucesos y sentimientos a este marco para poder modificarlos y, de igual manera poder modificar la conducta inadaptable de la persona de una manera directiva.

El humanismo, aunque retoma la introspección, intenta encontrar el autoconocimiento humano, mencionando que toda persona puede llegar a una autorrealización, siempre que sea acompañado por una persona que cuente y brinde ciertas características dentro de un proceso terapéutico, apareciendo como “una respuesta a las polaridades entre el cientificismo del conductismo y el subjetivismo del psicoanálisis” (Sánchez, 2008, p.305). Así pues, se originan estas dos corrientes en la primera mitad del Siglo XX.

1.1 Historia de la psicología.

Históricamente la psicología moderna tiene sus orígenes en el renacimiento con personajes tales como Descartes, Bacon y algunos otros filósofos británicos de los siglos XVII y XVIII. Estos filósofos consideraban que la única fuente de conocimiento verdadero acerca del mundo es la experiencia sensorial, solo aquello que nos llega a través de los sentidos o que se puede inferir de la relación

entre tales hechos sensoriales. Parte de estas raíces proceden de la filosofía de los griegos atomistas como Demócrito y Leucipo.

Esta visión forma parte esencial del pensamiento de occidente y da nacimiento al dualismo entre espíritu y materia, entre mente y cuerpo. El dualismo más extremo fue formulado por Descartes, quien consideró la naturaleza dividida en dos campos separados e independientes entre sí: el campo de la mente y el campo de la materia. Esta división permitió a los científicos ver al mundo como una multitud de diferentes objetos ensamblados en una gran maquinaria y fue sostenida por Newton.

Grof (1989) encontró lo siguiente:

El modelo mecanicista del universo, desarrollado por la física newtoniana, se convirtió en un criterio importante de legitimidad científica, en campos menos desarrollados y de mayor complejidad, tales como la biología, la medicina, la psicología, la psiquiatría, la antropología y la sociología (p.35).

Gross (1998) encontró lo siguiente:

Con frecuencia, la palabra empírico (a través de los sentidos) se utiliza para significar científico, lo cual implica que aquello que hacen los científicos y que los distingue de los no científicos es llevar a cabo experimentos y observaciones de manera que se recolecten datos o hechos acerca del mundo (p.23).

La manera de llegar al saber queda sujeta y aprisionada a la comprobación de los fenómenos a través del método científico. Se dejan de lado los procesos mentales internos y las emociones del ser humano, fragmentándolo y mutilando experiencias que van más allá de las sensoriales. Estos procesos son retomados por las corrientes cognitivas y humanista que ven a la persona como en el que ocurren procesos internos y emocionales más que como “objeto” de estudio.

Establecer un cierto periodo como el comienzo de la psicología clínica puede remontarnos hasta los filósofos griegos “quienes especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología” (Phares y Trull, 2003, p.33).

La psicología clínica comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta esencialmente anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, conscientes e inconscientes.

“Reisman descubre que es más útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos de reforma de del siglo XIX, que al final llevaron a una mejora en el cuidado del enfermo mental” (Phares y Trull, 2003, p. 32).

Los comienzos de la psicología clínica tienen su inicio de manera específica con Jean Charcot quien obtuvo una reputación extendida por sus investigaciones con pacientes histéricos. Era un maestro de la demostración clínica con los pacientes hipnotizados. Más o menos al mismo tiempo comenzó la colaboración con Josef Breuer y Sigmund Freud, este último publicó en 1900 *La interpretación de los sueños*. Con este acontecimiento, estaba en pleno apogeo el movimiento psicoanalítico y, conceptos como el inconsciente, el complejo de Edipo y el yo comenzaron su ascendencia.

“Como campo profesional, la psicología clínica, aparece formalmente en 1896 en la *PennUniversity* cuando Lightner Witmer utiliza el término psicología clínica para connotar sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual” (Sánchez, 2008, p.4). Witmer a su vez fue discípulo de Wilhelm Wundt quien fundó el primer laboratorio de Psicología en Leipzig, Alemania, en el año 1879. Así mismo “Witmer definió la psicología como una disciplina preocupada por el estudio de los individuos, mediante la observación o la experimentación, con el propósito de facilitar cambios en ellos” (Compas y Gotlib, 2002, p. 5). “La influencia de Witmer en el campo clínico fue histórica más que sustantiva; es decir, encaminó a la profesión pero en realidad propuso pocas teorías o métodos nuevos” (Phares y Trull, 2003, p. 47).

A final del decenio de 1920-1929, los clínicos comenzaban a buscar el reconocimiento por el papel que desempeñaban; por lo que en 1935 se define a la psicología clínica como el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos.

En el periodo de las dos guerras mundiales hubo también avances dentro de la psicología clínica. Uno de los desarrollos más importantes fue el surgimiento de la

medición de la capacidad mental o aplicación de pruebas psicológicas para el diagnóstico. Los inicios decisivos provienen de la obra de Alfred Binet.

Binet estaba convencido de que la clave para el estudio de las diferencias individuales era la noción de las normas y las desviaciones de éstas y en 1904, junto con su colaborador Theodore Simon, desarrollaron los medios que aseguraron que los niños con limitaciones cognoscitivas fueran educados en forma adecuada. Ambos colaboradores elaboraron la escala Binet-Simon de 1908 la cual se introdujo tiempo después en Estados Unidos.

Cuando Estados Unidos entro en la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de seleccionar y clasificar a las hordas de reclutas militares que estaban siendo puestos en servicio. En 1917 se diseñó la prueba Alfa del ejército y posteriormente la Beta.

En este periodo los psicólogos clínicos eran vistos como expertos en psicodiagnóstico: la utilización e interpretación de las puntuaciones de las pruebas psicológicas como base para la formulación del diagnóstico, no obstante, se agudizaba la división al interior de la profesión respecto de si las medidas de evaluación objetivas o las proyectivas eran más adecuadas para describir de manera acertada la personalidad y la psicopatología.

Dentro del área terapéutica otra precursora de lo que estaba por venir fue la técnica de "terapia pasiva descrita por Frederick Allen (1934). En este enfoque uno puede ver algunas de las primeras agitaciones de lo que se convertiría en la terapia centrada en el cliente" (Phares y Trull, 2003, p. 40). Pero también había otros indicios en otras direcciones, en 1920 Jhon Watson describió el famoso caso de Albert y la rata blanca, en que un niño pequeño fue condicionado a desarrollar un temor tipo neurótico a los objetos peludos y blancos. Unos cuantos años más tarde, Mary Cover Jones (1924) mostró como estos temores podían eliminarse por medio del condicionamiento. Estos acontecimientos marcaron los inicios de la terapia del comportamiento, un grupo de métodos terapéuticos muy popular e influyente que se usan en la actualidad. En este mismo enfoque, Skinner comienza sus experimentos con el condicionamiento operante.

Por su parte, Albert Bandura (1969) montó el escenario para el movimiento cognoscitivo conductual al demostrar cómo podía modificarse el comportamiento por medio de la observación de otros o modelamiento. Mientras que el psicoanálisis y la terapia psicodinámica habían sido las fuerzas dominantes, la terapia conductual estaba ganando popularidad entre los psicólogos clínicos. Su atractivo se derivaba de que se centraba en el comportamiento observable, en la duración menor del tratamiento requerido y en el énfasis en la valoración empírica del resultado del tratamiento. De la misma manera se comenta que las dos guerras mundiales del siglo XX contribuyeron a la consolidación de esta especialidad. A través de la medición de diferencias individuales por medio de pruebas psicológicas, para el reclutamiento y el tratamiento de veteranos de guerra, se formó al psicólogo clínico como terapeuta.

1.2 Historia de la psicología en México.

Históricamente en México, durante el siglo XX se observó una preocupación por la psicología, a decir por los libros publicados sobre el tema, por las instituciones de entonces y la tendencia a invitar a científicos extranjeros a eventos académicos y médicos. De hecho puede hablarse de una etapa histórica anterior al surgimiento de la psicología como ciencia, cuando se aborda el estudio de temas psicológicos en un sentido más amplio del término, ligado con problemas médicos y filosóficos antes del siglo XIX. “Por ejemplo, Valderrama (1985) habla de una psicología mexicana en los tiempos prehispánicos y coloniales” (Sánchez, 2008, p.7), a través de la consultoría de Chamanes y Sacerdotes.

La psicología en un sentido moderno, nació en México en 1896 cuando Ezequiel Chávez fundó el primer curso de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria. En esta primera época, es notable la influencia de la psicología francesa y alemana. Durante la década de 1940 a 1950, la psicología es entendida fundamentalmente como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría. Sin embargo, a partir del decenio de 1960-1969, la influencia estadounidense desplaza gradualmente a la europea identificándose tres enfoques relevantes en la psicología en México: el transcultural, el conductual y el psiquiátrico psicométrico. El primero, el transcultural, coincide con la fundación de la

licenciatura en psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) alrededor de la figura de Rogelio Díaz Guerrero.

El conductismo surge a finales de la década de los sesentas alrededor de la figura de Emilio Ribes, quien señalaba que la única postura científica dentro de la psicología moderna la constituye el enfoque metodológico derivado del paradigma estímulo-respuesta.

El enfoque psiquiátrico-psicométrico es el más antiguo de la psicología mexicana, pues está vinculado directamente con las tendencias predominantes en el periodo de formación antes mencionado (década de los sesentas). Las personas que trabajan en este campo por lo regular son colaboradores de psiquiatras y la mayoría lo hace en la lucha de problemas como: alcoholismo, adicciones enfermedades mentales y temas relativos al desarrollo de pruebas y escalas de uso clínico. Este último es el enfoque más apegado a la psicología clínica actual.

Sin embargo en México, quizá no sea aventurado decir que la práctica clínica de los psicólogos fue influida con fuerza por la corriente psicoanalítica o conductual, y que la distancia entre ambas se va reduciendo hacia una práctica integrada, ecléctica y con fuertes bases psicológicas. Esto conlleva a que es cada vez más evidente la obsolescencia de muchas visiones unidisciplinarias que describen la problemática del individuo desde lo psicológico, lo social, lo educativo, lo biológico o cualquier otra disciplina particular, de manera unidimensional. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe aprender a trabajar de manera cooperativa con perspectivas diferentes.

1.3 Funciones del psicólogo clínico.

En 1949 la American Psychological Association (APA) clarifica los propósitos de la formación del psicólogo clínico en tres vertientes principales: evaluación, tratamiento e investigación.

.La psicología clínica aplica la ciencia de la psicología con el propósito de comprender y mejorar el bienestar de los individuos, orientándose hacia estos cuando experimentan una significativa aflicción emocional, que padecen de angustia y cuyo comportamiento es motivo de preocupación para los otros, o cuyos problemas se manifiestan en un trastorno psicológico identificable.

De las tres actividades principales del psicólogo clínico (evaluación, tratamiento e investigación), resulta claro que la terapia es la actividad que con mayor frecuencia atrae los esfuerzos de los psicólogos clínicos típicos y a la que se le dedica la mayor parte del tiempo. Aunque el psicólogo clínico se desenvuelve en distintas áreas como en la investigación, el ámbito jurídico y algunos otros lugares, quizás la imagen más común es la de alguien que conduce una psicoterapia individual, grupal, o familiar, utilizando cualquiera de los diversos enfoques terapéuticos. Algunos han estimado que el número de terapias disponibles es bastante más de cuatrocientos y quizá debido a esta colección asombrosa de opciones, de orientaciones y tratamientos terapéuticos, muchos psicólogos clínicos se refieren a ellos como eclécticos. “Estos clínicos emplean técnicas de más de una orientación teórica, basando su selección en los problemas particulares del cliente” (Phares y Trull, 2003, p. 42.). Cuando hablamos del papel profesional del terapeuta, nos referimos al proceso intencionado y profesional, para el cual se requiere capacitación, conocimientos, al igual que habilidades específicas.

En algunos casos, la terapia representa sobre todo una búsqueda para penetrar los orígenes de los problemas que el usuario tiene, o en los propósitos a los que sirve la conducta indeseable de este mismo. En otros casos la terapia consiste, de manera fundamental, en una relación entre el cliente y el terapeuta, diseñada para generar una atmósfera de confianza que ayudará a disolver las extenuantes defensas del cliente. Otras formas de terapia son cognoscitivas conductuales, en el sentido de que el cliente aprende maneras nuevas y más satisfactorias de pensar y comportarse. En ocasiones, los objetivos de la terapia son extensos y comprenden importantes cambios de conducta. Otras veces los usuarios solo desean obtener ayuda por un temor perturbador que no les permite alcanzar ciertas metas. Así pues, la terapia varía a lo largo de muchas dimensiones.

La psicoterapia se describe como un proceso interpersonal en el que un individuo comunica a otro que lo entiende, lo respeta y quiere ayudarlo. Este proceso interpersonal también implica que el terapeuta elija las tareas más adecuadas para alcanzar las metas que hayan fijado en común acuerdo. “La selección de las

tareas refleja básicamente la preparación del terapeuta, sus tendencias teóricas, así como su aplicación de hallazgos de investigación” (Weiner, 1992, p. 394). Lo más común es el esfuerzo por entender mejor al individuo, de modo que se pueda tomar una decisión más informada o se elija el curso de acción más deseable para el propio usuario o un tercero que lo acompañe en busca de ayuda (principalmente en niños o adolescentes). “Sea que se realice por medio de la observación, la aplicación de pruebas o de entrevista, la evaluación es una forma de recopilar información para responder una pregunta importante o resolver un problema” (Phares y Trull, 2003, p.11)

Hay mayores posibilidades de crecimiento en una relación entre dos personas, cuando una de ellas es un profesional que entiende la conducta humana y aplica de manera consciente su preparación en beneficio de la otra persona.

Butcher, Mineka y Hooley (2007) encontraron lo siguiente:

La mayoría de las situaciones terapéuticas también ofrecen un entorno protector, en el que el paciente puede practicar nuevas formas de sentir y actuar, lo que le permitirá desarrollar gradualmente tanto el coraje como la habilidad necesarios, para actuar de manera más eficaz y satisfactoria (p. 566).

Pese a que algunos individuos por intuición natural pueden percibir en gran medida los pensamientos y sentimientos de otros, no siempre son capaces de transformar su sensibilidad para comunicar comprensión o ayudar de manera tan sistemática y eficaz como quienes están preparados para hacerlo, dedicándose aun así, a ello. Por ejemplo, mientras que los terapeutas profesionales se enfocan a aspectos significativos del tratamiento, se ha observado que las personas que dan apoyo a otros, pese a su deseo de auxiliar, por la falta de preparación se limitan a establecer una conversación informal y dar consejo. La relación psicoterapéutica tiene la finalidad de beneficiar al cliente y no implica que el terapeuta deba recibir la misma comprensión y ayuda.

Weiner (1992) encontró lo siguiente:

En tanto en las demás relaciones interpersonales existe una necesidad mutua de gratificación, la relación de psicoterapia profesional se basa en la atención de un individuo

(terapeuta) enfocada en el único objetivo de satisfacer las necesidades psicológicas de otro (el cliente), sin buscar otra recompensa que la de ser un psicoterapeuta eficaz (p. 396).

De hecho lo que distingue la terapia profesional de una relación de ayuda más informal, es que la intervención terapéutica se planifica de manera deliberada, sistemática, y está orientada por determinadas concepciones teóricas.

La idea de que las personas con problemas psicológicos puedan cambiar es la idea básica de cualquier tipo de psicoterapia, las cuales varían desde el psicoanálisis hasta la meditación Zen.

A veces la concepción de sí mismo que tiene una persona está distorsionada como resultado de una relación patológica temprana que ha sido reforzada por años de experiencias negativas. En otros casos, un funcionamiento laboral, matrimonial o social, poco satisfactorio o inadecuado, exigen cambios radicales en la situación vital de esa persona, además de la propia psicoterapia. En ocasiones puede que la persona encuentre más sencillo soportar con resignación sus problemas, que correr el riesgo de adoptar un estilo de vida diferente. Ni siquiera el terapeuta más experimentado o habilidoso puede deshacer en breve período de tiempo de la historia pasada de una persona y prepararla para afrontar de manera adecuada su situación vital.

Dentro de las personas que reciben terapia, los candidatos más obvios a recibir tratamiento, son quienes sufren de manera repentina una situación de gran estrés, como un divorcio o el desempleo. En tales situaciones, esas personas pueden mostrar una mejoría considerable en un breve período de tiempo.

Otras personas comienzan una terapia de manera mucho más indirecta, puede que hayan consultado a un médico por un dolor de cabeza o de estómago, y que éste les haya dicho que no tiene ningún trastorno físico que justifique ese dolor. Estas personas suelen resistirse inicialmente a la idea de que sus síntomas físicos tengan una causa emocional.

Otro ejemplo de estas resistencias se da cuando un padre malhumorado acude con sus hijos quejándose de la conducta incontrolable de estos, la cual considera como algo independiente del contexto familiar. Frecuentemente estos padres

pueden quedar estupefactos, y negarse a reconocer su papel de modelo de la conducta de sus hijos.

Algunas otras personas que comienzan una terapia han sufrido un estrés psicológico durante mucho tiempo, y tienen una larga historia de inadaptación. Puede que hayan tenido problemas interpersonales, como por ejemplo la incapacidad para encontrarse cómodos en la intimidad, o que sean susceptibles a un estado de ánimo, que no son capaces de eliminar. La infelicidad crónica y la incapacidad para sentirse confiado y seguro, pueden impulsarles a buscar ayuda. Estas personas comienzan el tratamiento con una gran motivación, pero a medida que avanza la terapia sus pautas persistentes de conducta inadaptada pueden generar grandes resistencias, con las que deberá enfrentarse el terapeuta.

Un último grupo de personas que comienza una terapia tienen problemas que podrían considerarse como relativamente normales. Esto es, parecen tener éxito, estabilidad económica, una familia que les acepta, les da cariño, y han conseguido muchos de sus objetivos en la vida. Así pues comienzan una terapia, no por una desesperación personal o algún problema interpersonal, sino porque tienen la sensación de que no han vivido de acuerdo con sus propias expectativas, y que no han sido capaces de alcanzar su propio potencial. Estas personas, dado que tienen problemas mucho más manejables que los demás, llegan a conseguir avances importantes en su desarrollo personal.

Sin embargo, la psicoterapia no sólo es adecuada para personas con problemas tan claramente definidos o con capacidad para percatarse de sus propios problemas. La intervención psicoterapéutica también se ha aplicado a una amplia variedad de problemas crónicos. Incluso el paciente psicótico más gravemente trastornado puede beneficiarse de una relación terapéutica que tenga en cuenta su nivel de funcionamiento y mantenga objetivos terapéuticos asequibles a sus capacidades actuales.

Existen también causas comunes de abandono del tratamiento, entre las cuales están las reacciones negativas hacia el profesional, por transferencia inconsciente o bien porque el usuario esté molesto o en desacuerdo con él. En estos casos la

honestidad y la calidez son importantes para abordar la problemática, puede canalizarse al cliente con un colega si esto resuelve la discrepancia.

Por último se debe reconocer que muchos usuarios abandonan la terapia por ausencia de mejorías significativas durante el tratamiento, o bien, recaídas durante el mismo y en algunos casos, debido a los múltiples tipos de ayuda que puede recibir una persona, no resulta sorprendente que muchas veces experimente mejoría sin necesidad de recibir una intervención profesional. "Pero aunque es posible que muchas personas con trastornos emocionales puedan mejorar sin someterse a psicoterapia, sí es cierto que ésta puede acelerar esa mejoría, o conseguir cambios en la conducta que no se producirían de otra manera" (Butcher et al. 2007, p.568). En estas circunstancias la prevención reside en establecer expectativas realistas de evolución y en aclararle al cliente que muchas veces, aunque haya mejoría, es indeseable truncar el proceso terapéutico al igual que en otros casos se debe fomentar la paciencia y el empeño del usuario con cuadros de difícil evolución. Tomando en cuenta lo anterior, debe quedar claro que no existe un usuario típico ni una terapia modelo. Se deben tomar en cuenta ciertas variables características de los usuarios, como la motivación o la gravedad del problema para determinar el resultado de la terapia. Cualquier terapia tendrá más éxito cuando el terapeuta tiene en cuenta las características específicas de un usuario.

Además de esto se debe evaluar el éxito del tratamiento, lo cual no es una tarea fácil. La estimación de la mejoría de un usuario suele depender de algunas de las siguientes fuentes de información: en primer lugar la impresión subjetiva de que se ha producido un cambio; la segunda son los informes procedentes de la familia o amigos del usuario; también se deben tomar en cuenta las medidas del cambio en una serie de conductas explícitas. En este caso se puede utilizar el recurso de las pruebas psicométricas al comparar puntuaciones anteriores y posteriores al tratamiento en una serie de tests de personalidad. "Aunque son muchos y diversos los cambios o mejoría, según las diversas orientaciones teóricas, el cambio más o menos permanente y significativo del pensamiento, conducta o aspecto del

paciente es el criterio primordial de efecto en la intervención psicológica” (Sánchez, 2008, p. 323).

Hay que tomar en cuenta que en ocasiones el resultado de la terapia no siempre es neutro o positivo. Algunos usuarios pueden resultar perjudicados tras su encuentro con el psicoterapeuta. Parte de estos casos pueden ser explicados por rupturas de alianza terapéutica, y otras veces puede deberse a la presencia casual de una serie de factores, por ejemplo, la incompatibilidad de la personalidad del terapeuta y del usuario. Algunos terapeutas, probablemente debido a su propia personalidad, no se llevan bien con cierto tipo de usuarios, lo que se puede detectar y resolver supervisando el trabajo propio con los usuarios, para intentar descubrir este tipo de deficiencias y remitir con otros terapeutas, a aquellos usuarios con quienes no se llevan demasiado bien.

1.4 El proceso terapéutico.

Tomando en cuenta lo anterior, se debe mencionar también lo que sucede dentro del proceso terapéutico. En términos generales, se identifica una fase inicial o de contacto, una fase de desarrollo en la cual surge el rapport, luego una alianza terapéutica, finalmente una fase terminal de cierre. Sin embargo, este no es un proceso estandarizado e inmutable, en muchas ocasiones el proceso de entrevista queda trunco por la deserción del usuario o escasez de recursos entre otros aspectos como cualquier otra intervención, la probabilidad de éxito o fracaso depende del caso y de las circunstancias.

En la fase inicial, muchos clínicos veteranos afirman que el primer contacto con el cliente es fundamental. En la primera consulta con el terapeuta cada detalle es de suma importancia: el espacio, la luz, los objetos, la decoración y la manera en cómo se recibe al usuario.

En esta fase, no existe un esquema fijo para la primera entrevista, ya que algunos terapeutas pueden tomar nota y otros no. Algunos pueden realizar un cuestionario estándar breve, mientras que otros pueden sólo realizar algunas preguntas acorde con lo expresado por el usuario, para precisar las cuestiones determinadas de una problemática.

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales:

1. Entrevista cerrada: las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas por el entrevistador. Es en realidad un cuestionario.
2. Entrevista abierta: el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones permitiendo toda la flexibilidad necesaria para cada caso particular. Hay una flexibilidad que permite que el entrevistado establezca el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, por lo que el campo de la entrevista se adapte a las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

La entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del usuario, mientras que la cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos.

La persona entrevistada debe ser recibida de manera cortés pero no de una manera efusiva, llamando siempre al usuario por su nombre, se debe describir breve y concisamente el papel del psicólogo y los posibles beneficios de la intervención. Se debe hablar sobre el secreto profesional, de los principios de confidencialidad y permitir hacer preguntas clarificando en todo momento las dudas.

La primera impresión que se hace el psicólogo clínico del usuario es fundamental y es determinante ya que en el primer contacto se percibe una idea global del estado general y mental del usuario; de la actitud, disposición, estado físico y muchos otros aspectos generales, primordiales en la evaluación clínica. En relación con los rasgos físico, el psicólogo clínico debe observar el porte, la forma de vestir, la presencia de cicatrices, tatuajes y accesorios que puedan otorgarnos alguna información acerca del cliente.

El clínico debe observar en el primer contacto el interés, la preocupación, el empeño y la apertura del usuario, tanto hacia el psicólogo como hacia el proceso de intervención, estableciendo si acude de manera voluntaria con ganas de

resolver sus problemas y tomar decisiones, o si se muestra persuadido u obligado por un tercero.

De igual forma resulta indispensable en la primera sesión clarificar los propósitos de la intervención psicológica, delimitando los productos y expectativas de este proceso, es decir, el usuario deberá tener claro lo que sí y lo que no puede esperar, tanto del psicólogo como del proceso de intervención y no menos importante, señalar la responsabilidad del usuario en las decisiones por tomar y en el resultado del proceso.

Como toda intervención profesional, los resultados e índices de éxito varían, por esto es necesario explicarle al usuario las probabilidades de cambio, los factores que promueven y dificultan el mismo, sin crear expectativas irrealistas ni hacer falsas promesas, las cuales no solo dañan al usuario sino que tienen un efecto negativo sobre la profesión en general.

Sánchez (2008) encontró que:

Desde la primera sesión es importante establecer una relación afectiva y sensata con el paciente, generando un clima de confianza y un ambiente de protección que facilite la expresión de los sentimientos y pensamientos durante el proceso de intervención psicológica (p.322).

La fase de desarrollo se refiere a todo lo que ocurre después del contacto inicial y hasta el cierre.

Es importante revisar algunos aspectos relevantes en este periodo de desarrollo, el cual puede variar según las características del usuario, la pericia y la perspectiva teórico metodológica del terapeuta, el problema que presenta el usuario, la índole, la calidad de la interacción entre el profesional y el usuario y los eventos, cambios o vicisitudes sucedidos durante el proceso mismo.

Existen muy diversos marcos teóricos para ello, ejemplos de ellos son:

- Rediseñar la funcionalidad de las conductas (Modificación de conducta).
- La interpretación que hacemos de la realidad (Terapia cognitiva).

- Enfoque no directivo desde la Psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers: que se postula mediante dos teorías de la personalidad en el proceso terapéutico, en torno al sí mismo o self.

En esta fase del desarrollo de la terapia, el rapport inicial se transforma en una relación profesional excepcional, la cual consiste en una vinculación especial entre el usuario y el profesional.

Esta relación consiste en una conversación caracterizada por la revelación de ideas, sentimientos y la sensación de un ambiente de confianza que permite el análisis profundo del problema. En esta relación terapéutica el usuario percibe genuinamente al psicólogo clínico como aliado, confidente y “a veces, como un espejo donde ve reflejados sentimientos que antes no eran conscientes” (Sánchez, 2008, p. 325)

A través de una alianza terapéutica es posible analizar conjuntamente la problemática del cliente, en esta fase el psicólogo deberá estar específicamente capacitado para manejar al mismo tiempo el significado de las conductas, el flujo de los pensamientos y los principios que rigen el raciocinio del cliente; así como los sentimientos y emociones que surgen durante el proceso. Esta alianza terapéutica comprende una serie de acuerdos que son: los objetivos de la psicoterapia; las tareas propias de la psicoterapia que se esté llevando a cabo; por último, el vínculo entre usuario y terapeuta expresado por medio del aprecio, la confianza, el respeto mutuo, además de que existe un compromiso común-

El terapeuta deberá buscar consistencias y congruencia entre lo que el usuario dice, siente y quiere hacer, además de facilitar la toma de conciencia sobre las consecuencias de las decisiones futuras.

También hay que recordar la importancia de que la intervención psicológica tenga un final planeado y el usuario tome conciencia del punto de inicio, de culminación y de los cambios y logros obtenidos durante este intervalo. Por lo anterior, es indispensable que el terapeuta sea, al mismo tiempo, un administrador de los tiempos, los contenidos, las estrategias y las metas del proceso. La claridad de éstas incrementará la probabilidad de que el usuario concluya el proceso de orientación.

Hay ocasiones en que en muchos casos se crea cierta dependencia hacia el psicólogo, que resulta indeseable de reforzar y debe manejarse en el cierre del proceso, por ello debe recordársele al usuario el número de sesiones y señalarle la proximidad de la última sesión, con la finalidad de facilitar la preparación de cierre del proceso.

En la última sesión el psicólogo clínico debe ser capaz de resumir los logros y los avances, estimular al usuario para tomar las acciones decididas y explorar la posible utilización de las habilidades desarrolladas en otros tiempos y circunstancias. Si habrá acciones de seguimiento o nuevos intentos terapéuticos estos deberán discutirse, de igual manera es indispensable cerrar asuntos pendientes para evitar daños futuros, permitiendo que el usuario recurra en un futuro a la intervención psicológica.

En algunos casos, los usuarios muestran resistencia ante el cierre. La causa más común es la preocupación de no estar completamente "curado". En estos casos es importante aclarar el grado de avance durante la intervención, hacerle notar al usuario que con el tratamiento psicológico se aprende a resolver más eficazmente los problemas y no a resolverlos de manera milagrosa.

Además, el usuario suele mostrar preocupación por sufrir una recaída y experimentar de nuevo el problema, en estos casos se le puede explicar al cliente que tiene las puertas abiertas en caso necesario, o planear sesiones de seguimiento espaciadas para vigilar síntomas tempranos de deterioro o recaída. A esta última fase se le llama de seguimiento, es importante para prevenir recaídas y disminuir los costos a largo plazo de la atención en salud mental. El psicólogo clínico debe enseñar a los usuarios a identificar de manera temprana y oportuna, signos o síntomas del problema, estimular al usuario para que acuda de manera temprana a los servicios de atención, antes de que los estos se compliquen. Una técnica común es programar sesiones de seguimiento espaciadas, de tal manera que el usuario continúe con sus cuidados o con las estrategias para afrontar el problema, sin la presencia profesional.

Con esto, la psicología clínica ha ido cambiando desde sus inicios, y aunque hay demasiados enfoques teóricos, cada uno de ellos, al igual que sus exponentes,

han aportado algo en el área de la salud mental. No se puede dejar de lado ninguno de estos, ya que tienen su funcionalidad de acuerdo al usuario y a la problemática particular que puede presentarse en ellos.

Una de las principales corrientes (después del psicoanálisis), o segunda fuerza en psicología debido a su influencia, es el conductismo. Pese a su filosofía completamente positivista tiene gran funcionalidad y se complementa posteriormente con la teoría cognitiva haciendo alianza entre la gran variedad de técnicas que encontramos en ambos enfoques.

2. CONDUCTISMO Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Una de las principales corrientes en psicología es el conductismo que también tuvo un gran auge en Estados Unidos. Dentro de la terapia, el modelo conductual surge del laboratorio extrapolándose a casos clínicos desde las perspectivas de Pavlov, Skinner y Watson. El objetivo de esta, es modificar las conductas desadaptativas que se presentan en los usuarios partiendo de cómo se han desarrollado estas mismas, los reforzamientos que han tenido y el contexto en que se presentan.

Sánchez (2008) encontró lo siguiente:

El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de la psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio ambiente (p. 303).

Para hablar sobre psicología conductual es necesario efectuar una revisión histórica sobre las visiones del siglo XIX respecto al reflejo. “Desde esta perspectiva, la actividad refleja supone la participación del sistema nervioso y propone el estudio de estímulos y respuestas” (Reynoso y Seligson, 2005, p. 1).

“Los conductistas consideran que los psicólogos deben estudiar el aprendizaje mediante el método científico, de la misma manera que los químicos y los físicos estudian los fenómenos del mundo físico” (Ellis, 2005, p. 38).

Muchos conductistas opinan que dado que no podemos observar y medir de manera directa los procesos internos tales como pensamientos, motivos, emociones, deberíamos excluir estos procesos.

Con estas bases teóricas, la terapia conductual nace como consecuencia de la insatisfacción que generó en determinados ambientes tanto la teoría, como la práctica psicoanalítica.

Sánchez (2008) encontró lo siguiente:

La influencia inicial del conductismo en la psicología fue minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndole por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el entorno a través de métodos experimentales (p. 304).

“No todos los conductistas adoptan una perspectiva tan estricta. Algunos insisten en que los factores internos también son importantes para comprender el aprendizaje y la conducta” (Ellis, 2005, p. 39), entre los cuales podemos encontrar a Bandura y Thorndike.

La mayoría de los conductistas encuentran sus orígenes en Skinner, Pavlov y Watson.

2.1 Pavlov.

Al iniciar el siglo XX Pavlov llevó a cabo una serie de experimentos relacionados con la salivación de los perros. Para estudiar las respuestas de salivación, realizó una incisión quirúrgica en las fauces de los perros para poder recoger y medir la saliva. Tras inmovilizar al perro le daba un apetitoso trozo de carne y observaba su salivación. Pavlov se dio cuenta de que tras algunas repeticiones, los perros empezaban a salivar antes de ver u oler la comida.

Pavlov comenzó observando si el perro salivaba en respuesta a un estímulo determinado (el tañido de una campana). El perro no encontraba el sonido de la campana como algo apetitoso, y no producía saliva. A continuación Pavlov tocaba la campana e inmediatamente enseñaba comida al perro que, empezaba a salivar. Pavlov repitió este proceso y observó que el perro salivaba con cada una de ellas. Entonces Pavlov tocaba la campana pero sin ofrecer comida y, a pesar de ello el perro producía saliva.

Pavlov llamó “estímulo neutro” a aquel ante el cuál el organismo no presenta una respuesta incondicionada en un principio. El estímulo neutro se presenta antes que otro estímulo que sí provoca una respuesta. El segundo estímulo se denomina estímulo incondicionado ya que el organismo siempre responde ante él sin

necesidad de haber aprendido a hacerlo. Cuando se aparea el estímulo neutro con el incondicionado, este estímulo se vuelve condicionado.

2.2 Watson.

Por su parte Watson, como ya señalamos en el primer capítulo, realizó el tan citado experimento de Albert y la rata blanca en el que se demuestra la forma en que se puede desarrollar una neurosis en un niño.

“Fue Jhon Watson (1913) quien introdujo el término *conductismo*, y fue el principal defensor de esta perspectiva durante la primera mitad del siglo XX” (Ellis, 2005, p. 51).

En la tradición del condicionamiento Pavloviano, se dió una rata blanca a Albert quien era un niño de once meses. Cuando Albert intentó tocarla sonó un fuerte ruido detrás de él. Albert dio un salto, evidentemente asustado por el ruido; pero, sin embargo volvió a intentar acariciar a la rata, momento en el que volvió a sonar el desagradable ruido. Tras cinco emparejamientos más entre la rata (estímulo condicionado) y el ruido (estímulo incondicionado), Albert se convirtió en un auténtico fóbico a las ratas: cada vez que veía una rata empezaba a llorar y salía gateando lo más rápidamente posible para alejarse de ella. Watson informó que Albert respondía de manera similar ante los conejos y los perros, los abrigos de piel y la lana, concluyendo a la idea de que había una generalización de estímulos parecidos.

2.3 Skinner.

Por otra parte Skinner trata de dar cuenta de la conducta humana argumentando que los fenómenos de un contexto natural, pueden extrapolarse al laboratorio.

Para estudiar los efectos de las consecuencias mediante una medida precisa de las respuestas en un entorno cuidadosamente controlado, Skinner desarrolló un equipamiento, que se conoce como la caja de Skinner. Observando actuar a las ratas y a las palomas en su caja bajo condiciones diversas, desarrolló un conjunto de principios, más que una descripción del aprendizaje.

Encontró que aquellas respuestas que son reforzadas tienden a incrementar su frecuencia. Dado que una respuesta que aumenta su frecuencia supone un cambio de conducta; desde un punto de vista conductista, el refuerzo produce

aprendizaje. El término de reforzador lo utiliza Skinner en lugar de recompensa para describir una consecuencia que aumenta la frecuencia de una conducta.

En conclusión, el condicionamiento operante no es más que un incremento de una conducta que se produce cuando va seguida de un reforzador.

Dados estos contrastes, Bandura (1969) define la terapia conductual como la aplicación de principios derivados del análisis experimental, con el fin de producir cambios conductuales en situaciones aplicadas. La terapia conductual aborda las problemáticas concentrándose en la conducta desadaptativa asumiendo que son adquiridas a través del aprendizaje. Los reforzadores siempre deben seguir la conducta deseable. Un reforzador tiende a reforzar la respuesta que le precede de manera inmediata, por lo que resulta menos eficaz cuando se retrasa su presentación, ya que durante ese intervalo el organismo está realizando otras conductas que pueden ser las que de hecho queden reforzadas.

Skinner define dos tipos de reforzamiento, el positivo y el negativo. El refuerzo positivo supone la presentación de un estímulo agradable después de la respuesta, ya sea la comida, una sonrisa o las alabanzas. En contraste, el reforzador negativo incrementa una respuesta mediante la retirada de un estímulo, generalmente de carácter aversivo o desagradable. Por ejemplo, cuando una rata aprende a presionar una palanca para que finalice un estímulo eléctrico, la eliminación de ese estímulo aversivo es un reforzador negativo que provoca un incremento en la conducta de presionar la palanca. Y en la vida cotidiana, la ansiedad puede llevar a un estudiante a terminar pronto su tarea para poder eliminarla de su lista de actividades pendientes. A comparación del castigo, un reforzador negativo incrementa la conducta, mientras el castigo lo que pretende es extinguirla.

En contraste con Skinner, muchos teóricos actuales concuerdan en que en el condicionamiento operante también influyen las cogniciones y no solo la conducta. Muchos de ellos "sugieren que el condicionamiento operante se comprende mejor cuando tomamos en consideración procesos mentales no observables, además de las respuestas y los estímulos observables" (Ellis, 2005, p. 85). Por ejemplo, un organismo establece ciertas expectativas respecto a que reforzador tiene más

probabilidad de ocurrir tras una respuesta determinada. Con todo esto, algunos conductistas contemporáneos proponen que cualquier conducta de un organismo refleja cierto grado de variabilidad que las relaciones estímulo-respuesta no pueden explicar.

La terapia conductual inicia en el laboratorio pretendiendo reproducir hechos que ocurren en la naturaleza. Por ejemplo, un león puede cazar a su presa pero no siempre la va a atrapar; en el laboratorio existen programas en los que no todas las respuestas son reforzadas. De esta manera los fenómenos naturales son observados en el laboratorio para aplicarlos posteriormente en psicoterapia.

2.4 Terapia conductual y técnicas de intervención.

Dentro de la terapia conductual se debe definir aquello por lo que la persona acude a terapia en términos de lo que dicha persona hace o no hace, es decir, reformular el problema en términos conductuales. Otro punto muy importante es que “se trata de determinar tanto bajo qué condiciones se da como bajo qué condiciones no se da la conducta objetivo. Igualmente, se pueden determinar los acontecimientos que anteceden a dicha conducta y los que la siguen” (Martorell, 2004, p. 64).

Hay que tomar en cuenta los estímulos que pueden causar una respuesta de miedo, ansiedad o que generen alguna conducta desadaptativa. Estos estímulos pueden ser lugares, acontecimientos o personas que estén dentro del entorno del usuario.

El terapeuta debe averiguar cuál es la forma de comportarse del usuario y tener en claro todo el contexto en el que se presenta la problemática, para así encontrar la manera en la que se están reforzando estas conductas.

Se deben tomar en cuenta registros de aquellas conductas que se desean modificar y tomar en cuenta lo que los familiares del usuario nos pueden decir. Lo que se hace en la intervención es partir de una Línea Base, aplicar el tratamiento y volver a la Línea Base para observar el efecto del mismo. Existen otros diseños experimentales como el modelo contralanceado, el modelo AB entre otros, en los que la terapia conductual se apoya para evaluar y tratar la modificación conductual.

Algunas de las técnicas dentro de la terapia conductual son las siguientes ya que dentro de esta terapia se pone demasiado énfasis en estas.

2.4.1 Relajación muscular.

La relajación muscular progresiva está basada en la relajación de los músculos es lo contrario a la ansiedad y la tensión fisiológica; la respiración diafragmática es un ejercicio sencillo y suele utilizarse como paso inicial para después entrenar al cliente en ejercicios de respiración más profundos.

En conjunto con la relajación se utiliza también la imaginación guiada con la cual se logra un mayor control de las emociones y de los procesos internos. “En esta técnica es importante describir los efectos positivos tanto fisiológicos como psicológicos al estar imaginando escenas” (Reynoso y Seligson, 2005, p.61).

Aunada a la relajación progresiva, la desensibilización desarrollada por Wolpe (1975) se basa en el principio de inhibición recíproca y en el contracondicionamiento. Comienza con el entrenamiento en relajación, la aplicación se realiza una vez que el cliente la domina; se elabora una lista jerárquica de los estímulos o situaciones que causan ansiedad de menor a mayor grado; posteriormente se alternan los estímulos ansiosos con la relajación, en primer lugar con la imaginación y posteriormente se expone al usuario a la situación o al estímulo directamente.

2.4.2 Modelado.

El Modelado, que como su nombre lo indica, consiste en aprender una serie de habilidades imitando a otra persona. El modelado y la imitación son elementos que forman parte de diversos tipos de terapia de conducta. Contextualizándolo, es posible exponer a un niño a una serie de conductas realizadas por compañeros suyos que colaboran con el terapeuta, y animarle a imitar y a practicar esas nuevas conductas. Por ejemplo, puede utilizarse para promover el aprendizaje de habilidades sencillas, como comer por sí mismo, o de habilidades más complicadas, como enseñar a un adolescente tímido a comportarse de manera adecuada en situaciones sociales.

2.4.3 Asertividad.

Otra técnica es el Entrenamiento Asertivo que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos. La finalidad del tratamiento asertivo es el tratamiento de la ansiedad ante situaciones interpersonales. La suposición en que está basada esta técnica es que algunas personas tienen un miedo exagerado al expresar sus ideas o sentimientos con otros. El tratamiento comienza por hacer ver al usuario que la expresión de los propios sentimientos puede disminuir la timidez y la ansiedad que padece.

Las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos para facilitar la expresión de sentimientos como el afecto y el elogio. El entrenamiento asertivo genera un sentimiento de bienestar ya que al responder asertivamente la persona logra recompensas sociales o materiales. En el entrenamiento asertivo se debe prestar atención a las consecuencias manteniendo el equilibrio entre la respuesta pasiva y agresiva.

Existen personas en cuya falta de asertividad participa un déficit conductual por lo que no se comportan de una manera asertiva y, en dado caso se puede emplear ensayo conductual, modelamiento o en algunos otros casos también se puede usar el juego de rol, cualquiera que sea la técnica utilizada, el entrenamiento asertivo seguirá rigurosamente determinadas etapas:

1. Análisis Detallado de todas las situaciones sociales en las cuales el individuo experimenta dificultades. Estas situaciones se organizarán de modo jerárquico partiendo de las que menos causan ansiedad hasta las más angustiantes
2. En cada una de las situaciones, el terapeuta junto con su cliente debe imaginar el mayor número de posibilidades de interacciones sociales, así como el máximo de respuestas tanto verbales como no verbales que el usuario podría dar como respuesta a estos estímulos.
3. Cuando el aprendizaje imaginario ha llegado a un determinado nivel, el terapeuta propone al cliente pasar a la acción en la vida real, partiendo siempre de las situaciones más sencillas.

4. Cualquiera que sea el nivel de habilidad que alcance el cliente, resulta inevitable el que algunas situaciones no sean superadas con toda la competencia deseada por lo que el terapeuta deberá introducir un correctivo cognitivo.

Cabe mencionar que el entrenamiento asertivo no es lo mismo que tratar de enseñar a las personas a ser agresivas. Únicamente es el hecho de aprender a expresar aquellas emociones que no son agradables hacia ellos mismos, sin ofender o agredir a otras personas.

2.4.4 Manejo de contingencias.

El Manejo de Contingencias es una estrategia que persigue incrementar la cantidad y frecuencia de las conductas adaptativas, así como disminuir las que no lo son. En el manejo de contingencias se utiliza el reforzamiento positivo, negativo, castigo y costo de respuesta entre otras, con el fin de lograr un cambio positivo definiendo las variables o conductas que se desean modificar o extinguir. Al poner en práctica esta técnica, definimos con el usuario una serie de conductas deseables, que son las que queremos fomentar, y otras negativas que se quieren eliminar. A veces se le premia con un reforzador simbólico, que pueden ser cruces en un cuadro, unas fichas, calcomanías, que podrá canjear cuando llegue a determinada cantidad por un premio material o social. Del mismo modo que se recompensan las conductas deseables, aquellas que son inadecuadas se castigan con la retirada de fichas.

2.4.5. Desensibilización sistemática

Esta técnica fue desarrollada por Wolpe y está basada en el condicionamiento clásico y en el contracondicionamiento. Con esta técnica intentamos desensibilizar a los usuarios a estímulos ansiosos. Lo primero que se debe hacer es enseñar la relajación al usuario, jerarquizar aquellos estímulos que lo perturben y por aproximaciones sucesivas desensibilizarlos. Primero podemos hacer que imagine estos estímulos y posteriormente confrontarlo con estos mismos, apoyándonos también en los juegos de roles.

En la terapia conductual, la estrategia de tratamiento es muy precisa. Es necesario especificar las conductas que deben modificarse, y los métodos que se van a

utilizar, mientras que los resultados pueden evaluarse con facilidad. Esta terapia consigue resultados en periodos breves, ya que está orientada de manera específica a síntomas concretos. Pero como ocurre con otras estrategias de terapia, también tiene limitaciones ya que funciona mejor con unos problemas que con otros. Generalmente cuanto peor está definida la dificultad, tanto menos eficaz será la terapia conductual.

La terapia conductual se adapta al método científico, pero deja de lado las emociones y procesos internos por lo que se conjunta con la terapia cognitiva para complementarse en una terapia cognitivo-conductual

2.5. Terapia cognitivo conductual

El origen filosófico de la teoría cognitivo conductual se remonta a los Estoicos (Zenón de Citio, Crispio, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio). Es Epicteto quien escribe en *El Enchiridion*: “Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Es decir, dependiendo de la perspectiva que se tenga, será la manera de reaccionar de una persona en cuanto a un hecho. El modelo cognitivo “ejerce una fuerte influencia en el campo de la psicología en su conjunto y prometen una comprensión científica de la mente humana en toda su complejidad y trascendencia” (Kellog, 2007, p.1)

Los primero terapeutas de la conducta se concentraron en la conducta observable, y restaron importancia al pensamiento. Pero a partir de la década de los 70, algunos terapeutas empezaron a replantearse el papel de los acontecimientos privados (pensamientos, percepciones, evaluaciones y auto afirmaciones) y pasaron a verlos como procesos que matizaban el efecto de los estímulos objetivos, por lo que podían contribuir a determinar la conducta y las emociones. La terapia cognitivo conductual toma en cuenta las emociones y la subjetividad de la persona, “así pues, las emociones alteran procesos psicológicos, cargan de afecto la percepción, dirigen la atención, activan la memoria, movilizan cambios fisiológicos, planifican acciones, la comunicación verbal y no verbal, motivan a la acción” (Fernández, Martín y Domínguez, 2005, p. 296)

2.5.1 Objetivos y bases de la terapia cognitivo conductual.

Esta teoría es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado para tratar alteraciones psíquicas como la depresión, ansiedad, fobias y estrés. En comparación con otras aproximaciones, la teoría cognitivo conductual ha cobrado primacía en la práctica clínica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas. “Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas” (Sánchez, 2008, p.307).

La terapia cognitivo conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de estos.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, se enfatiza en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades de intercesión. Además se refuerza el comportamiento independiente.

Está centrada en los síntomas y la resolución de estos. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

La meta de la terapia cognitivo conductual es eliminar, o al menos reducir los síntomas y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, también de inmediato habrá una mejoría en otras áreas, sin la aparición de otros síntomas que los reemplacen.

En las sesiones se desafía la posición del cliente, sus conductas y sus creencias, a través de una confrontación cándida y directa de sus creencias, explorando opciones para sus patrones habituales maladaptativos de pensamiento y de conducta.

El pragmatismo de la terapia cognitivo conductual se debe a que se centra en la resolución de problemas. Los principales precursores de este enfoque son Francis Galton, James Cattell y Lewis Terman quienes se dedican a la evaluación psicométrica. A esto se suman algunos conductistas inconformes con los alcances

de su teoría. Albert Ellis un psicoanalista, también inconforme, crea la Terapia Racional Emotiva que se adapta perfectamente al modelo cognitivo conductual. También existe la referencia de Aron Beck un psiquiatra que implementa una técnica conocida como “La Terapia para la depresión de Beck” que puede extrapolarse a distintas problemáticas. Estos autores fueron los iniciadores de este enfoque.

2.5.2. Terapia, Análisis Funcional y Técnicas.

Terapéuticamente, al inicio de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afrontó el usuario e identifica otros que necesita resolver en ese momento. Por lo general, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema y propone una continuidad temática entre sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas de la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

En las sesiones, el terapeuta dirige la atención buscando cambiar patrones de pensamiento que se cree contribuyen a los problemas del cliente. En estos términos, cuando los pensamientos son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse. Esto depende de las creencias de cada individuo acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. “Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas son” (Beck, 2000, p.34)

Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del cliente “para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que está atravesando, comprender cómo se siente y percibir el mundo a través de sus ojos” (Beck, 2000, p.37).

El terapeuta debe plantearse hipótesis respecto del cliente, basándose en los datos que él le aporta como: ¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?, ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas? y ¿Qué reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales se asocian con estos pensamientos?

Dentro del proceso terapéutico, este enfoque se apoya en un análisis funcional el cual incluye todas las variables, respuestas y consecuencias que el terapeuta encuentra dentro de la problemática.

Estas variables se clasifican en cuatro rubros:

- Antecedentes
- Organismo
- Respuesta(s)
- Consecuencia(s)

Dentro de los antecedentes encontramos variables históricas que nos mencionan lo que ha vivido el usuario y antecedentes que le pudieron haber llevado a la situación en la que se encuentra o similitudes que se presentaron en el pasado; las variables externas se refieren a la influencia que puede tener el medio o las personas cercanas al usuario y que influyen en la problemática actual; las variables internas se refieren a la manera en la que la persona ha evaluado situaciones similares o como se sentía antes de esto.

En el rubro de organismo existen variables biológicas en las que encontramos enfermedades o afectaciones al organismo que pueden influir en su estado anímico o en el problema; las variables pueden incluir la religión y los valores personales y culturales que se le hayan inculcado a la persona, ya que de estos pueden depender sus creencias, obstaculizando o ayudando a llegar a una solución; las variables personales se refieren a la manera en la que la persona está evaluando la situación actual y las expectativas que tiene sobre sí mismo.

Las respuestas que da el organismo pueden ser de tres tipos: la respuesta cognitiva es toda aquella emoción o pensamiento que surge en el usuario cuando se presenta un problema o una situación y la evaluación que se hace de ésta; la respuesta motora son las conductas que el usuario realiza, el cómo actúa, qué hace o qué dice; la respuesta fisiológica es aquella respuesta que refleja el cuerpo, como pueden ser náuseas, sudoración, llanto o algún dolor en el cuerpo entre otras.

Finalmente encontramos las consecuencias son mantenedoras de las conductas y éstas pueden ser las evaluaciones cognitivas posteriores del mismo usuario o de los allegados a él, también pueden ser actitudes o acciones que tome el mismo o los demás; un punto importante en las consecuencias, es la trascendencia del

problema en la que podemos encontrar en que otros aspectos de la vida puede llegar a influir la problemática actual y en qué grado.

Teniendo esta información y todas estas variables, se redacta el análisis funcional el cual encuentra la interrelación de toda esta información partiendo desde cómo se presentó el problema, lo que lo sigue manteniendo, la influencia de terceros y el contexto, las respuestas que se dan y sus consecuencias, para así poder encontrar una alternativa terapéutica, en función de estos hechos.

El terapeuta se puede apoyar también en pruebas psicológicas para evaluar y llegar a un psicodiagnóstico. Los autoregistros también pueden ayudar a encontrar los padecimientos del usuario, también se puede apoyar en juegos de rol para conocer de qué manera actúa y percibe a otras personas.

Con esta información el terapeuta puede establecer una hipótesis. Las hipótesis formuladas se confirman, se descartan o se modifican, dependiendo de que el cuadro que se le presenta al cliente, concuerde con su percepción. Para esta teoría, el proceso se desencadena por la percepción de que se han producido cambios en las condiciones externas o internas de la persona, que actúan como situaciones desencadenantes. Estas valoraciones actúan como un filtro descartando las cosas que no son afectivamente significativas y analizando las que tienen relevancia emocional. Esta discriminación de la situación se debe en parte a programas genéticos y en parte a la experiencia previa e individual de cada persona. Como consecuencia de esa primera evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal del estado emocional, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios en la actividad fisiológica del organismo.

Dentro del tratamiento, encontramos diversas técnicas que nos sirven y se adaptan a diversos problemas psicológicos.

2.5.2.1. Terapia Racional Emotiva.

“En la terapia racional emotiva, Ellis (1961) identificó pautas erróneas de pensamientos, con ideas catastróficas, negativas y proféticas” (Reynoso y Seligson, 2005, p. 66).

“El objetivo de esta terapia es la manipulación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias irracionales, asociadas a conclusiones falsas” (Martorell, 2004, p. 95)

Los pasos que debe seguir el terapeuta son informar al cliente, ayudarlo a identificar pensamientos mediante la autoobservación y la retroalimentación al mismo tiempo que cambian a nuevos patrones de pensamiento

Por otro lado la terapia racional emotiva es directiva puesto que el terapeuta es el que lleva el peso del tratamiento.

En pocas palabras, lo que hizo Ellis en lugar de escuchar pasivamente asociaciones libres, fue ayudar a los clientes a desafiar y combatir activamente sus creencias disfuncionales, irracionales y consecuentemente actuar en contra de estas.

La terapia racional emotiva nos dice que existen eventos activadores y dependiendo de nuestras creencias o cogniciones tendremos ciertas consecuencias emocionales.

Esto podemos explicarlo a través de un esquema A-B-C.

En donde:

A= Eventos activadores

B= Creencias, actitudes, pensamientos y auto-afirmaciones.

C= Consecuencias emocionales y conductuales.

Así de una manera ilustrativa podemos tener un individuo el cual ha tenido un fracaso escolar (A) y puede pensar que es un fracasado y no sirve para nada (B), por lo que nuestro individuo puede tener sentimientos de tristeza y disforia (C).

Este esquema se puede ampliar habiendo dos pasos consecuentes, el “D” y el “E”, en donde:

D= Tratamiento

E= Seguimiento del caso

Así la terapia racional emotiva se basa en que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos equivocados o irracionales. El terapeuta debe enseñar a los usuarios a interpretar las situaciones

de manera más realista para que puedan, en última instancia, obtener mayores satisfacciones.

La terapia racional emotiva difiere de las principales escuelas de psicoterapia en cuanto a la importancia que otorga al papel que desempeñan las cogniciones en las perturbaciones del ser humano.

Su eficacia depende de la habilidad del terapeuta para identificar las creencias irracionales del cliente que le llevan a percibir el mundo. Es en estas creencias donde el terapeuta usa un método lógico empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir o confrontar de una manera retórica.

La discusión de estas ideas irracionales se puede clasificar de la siguiente forma:

1. Discusión de “debes de”, “tienes que” y lo que implique un deber ser.
2. Discusión catastrófica en la que se hace ver al cliente que la situación aversiva en la que se encuentra es en parte, algo que él quiere ver.
3. Discusión de no puedo soportarlo.
4. Discusión de autodescalificaciones.
5. Discusión de inevitabilidad y falta de esperanza.

2.5.2.2 Terapia de Beck

Por otro lado la terapia de Beck se centra en los errores o distorsiones cognitivas que determinan el modo que tiene el cliente de estructurar el mundo. Estos pensamientos automáticos se experimentan, según Beck como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como plausibles y válidos. El método consiste en enseñar al cliente a controlar los pensamientos automáticos negativos; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; y por último sustituir estas cogniciones por interpretaciones más realistas. Algo que no se debe olvidar es el registro diario de pensamientos disfuncionales, anotando diferentes aspectos tratados en terapia, y ampliando su aplicación progresivamente de la consulta a la casa y a la vida cotidiana, es una técnica importante en esta terapia.

Beck desarrollo primeramente sus propuestas en el tratamiento de la depresión, pero se puede aplicar a otras problemáticas en las que existan cualquier tipo de

distorsiones cognitivas. Para poder entender el modelo cognitivo de la depresión es fundamental el concepto de tríada cognitiva de esta afección que incluye: una visión negativa de a) sí mismo, b) el mundo y las experiencias presentes y c) el futuro. La identificación de estos pensamientos es el objetivo de la terapia cognitiva de la depresión.

El primer punto se refiere a la tendencia del cliente a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo físico, psíquico o moral; el segundo se concentra en que el mundo hace demandas exageradas al cliente, o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus metas; y el tercero se basa en que las tareas y proyectos a largo plazo, serán imposibles de realizar, debido a su predisposición de que los problemas actuales, continuarán en un futuro.

Tomando en cuenta este tipo de ideas, debemos evaluar en cuál de estos puntos se encuentran los pensamientos del cliente. Después, debemos instruirlo para corregir los pensamientos negativos por otros más exactos y positivos. Para diferenciarlos se puede dejar como tarea, el crear una lista de dos columnas donde se pondrán los pensamientos negativos de un lado y los positivos de otro. Si el cliente no menciona los pensamientos positivos, se debe averiguar si realmente no se han presentado o el cliente es demasiado exigente consigo mismo. La autovigilancia es importante en la aplicación de la técnica para identificar los pensamientos antes o después de los episodios de disforia, aumentar la tasa de actividades placenteras del cliente y fragmentar tareas largas para que sean más fáciles de realizar y así las pueda concluir

2.5.2.3 Solución de Problemas.

Así mismo una alternativa terapéutica es la propuesta por “D`Zurilla y Góldfried (1971) que idearon la estrategia de solución de problemas” (Reynoso y Seligson, 2005, p.68). El objetivo terapéutico consiste en ayudar al cliente a identificar y resolver problemas, no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

El programa consta de cinco pasos: 1) Conocer la percepción que el individuo tiene del problema y las consecuencias que está experimentando; 2) En la definición y formulación del problema, terapeuta y cliente, intentan poner una meta

realista para resolverlo; 3) En la generación de alternativas se utiliza una lluvia de ideas para generar varias soluciones descartando aquellas que no son factibles; 4) La toma de decisión se inicia valorando los resultados para cada respuestas construyéndose la solución; 5) La verificación ocurre cuando el cliente elige las opciones que más se adecuan a sus necesidades de la lluvia de ideas, actuando en base a su propio criterio y llegando a sus propias soluciones.

2.5.2.4. Inoculación de Estrés.

Otra técnica empleada es la inoculación de estrés que se ocupa para reducir la ansiedad general y la producida en situaciones sociales, el temor a hablar en público, las fobias (temores a situaciones específicas), la irritabilidad crónica y otros tipos de situaciones como la preparación al parto o los exámenes.

La técnica consiste en aprender cuatro pasos: aprender a relajarse, construir una jerarquía de situaciones de malestar emocional, seleccionar pensamientos de afrontamiento y afrontar la situación real. El primer paso del entrenamiento es enseñar al usuario la relajación; el segundo paso consiste en elaborar una lista de situaciones que produzca malestar emocional, y ordenarlas en función del grado o intensidad emocional que nos produzca. Esto nos llevará a una jerarquía de situaciones, ordenadas de menor a mayor, o viceversa, en función de su intensidad.

Una vez que el cliente ha aprendido a relajarse y tiene construida su jerarquía de situaciones de malestar, se preparará ante ellas. El cliente comenzará por situarse en un lugar y posición cómoda, cerrará los ojos mientras el psicólogo va dando las indicaciones, sobre la escena de la jerarquía de menor intensidad hasta llegar a la de mayor intensidad. El cliente debe verla con detenimiento, recordando cómo se sintió la última vez que ocurrió, o imaginar cómo reaccionaría si aún no ha pasado realmente por ella. Si se tiene dificultad para concentrarse, puede grabarse la escena en una cinta de cassette, y después escucharla. Cuando el cliente la vea y se note cierto malestar, es mejor apartarla momentáneamente y practicar la respiración profunda de la relajación, soltando los músculos que se noten tensos. Se debe repetir este procedimiento las veces que sea necesario, hasta poder imaginar la escena con suficiente tranquilidad. Ya que el cliente haya logrado

hacerlo, debe seleccionar la siguiente escena o situación de la lista de mayor dificultad en función de su puntuación de malestar, y repetir el mismo procedimiento

“Cabe mencionar que se llega a utilizar el entrenamiento en habilidades como la comunicación, asertividad, solución de problemas, habilidades de estudio, etcétera.” (Reynoso y Seligson, 2005, p.71). Ya establecido un adecuado nivel de afrontamiento se pasa a la utilización de las actividades de relajación y afrontamiento en situaciones de la vida real.

2.5.2.5 Intervención en crisis.

Una de las técnicas que más debe resaltarse es la intervención en crisis para enseñar a la persona como afrontar situaciones o eventos inesperados. El terapeuta debe manejar el estado de estrés, desamparo y confusión del cliente, además de establecer patrones de conducta que permitan que el cliente no pierda su nivel de funcionamiento cotidiano previo al evento.

Es posible alcanzar estos objetivos enseñando al cliente como manejar sus pensamientos, sentimientos y conductas. Es importante que terapeuta y cliente analicen las habilidades que este último ha exhibido para manejar otras situaciones difíciles y “trabajar el duelo cuando haya ocurrido la muerte de un ser querido, así como dar apoyo a la familia” (Reynoso y Seligson, 2005, p.72). Cabe mencionar que esta técnica no es exclusiva de procesos de duelo por muerte, cualquier pérdida significativa puede causar un duelo y se puede ocupar también en divorcios o en la pérdida del empleo entre otros.

3. Conclusiones.

A manera de conclusión, es importante mencionar que no se deja de lado el hecho de querer hacer a la psicología, una disciplina a la que se le puede aplicar el método científico y sus técnicas tienen una gran cantidad de apoyo empírico.

Pese a la amplia atención de la que ha disfrutado la Terapia Racional Emotiva de Ellis, son pocas las investigaciones que atestiguan su eficacia, sobre todo por lo que concierne a poblaciones clínicas meticulosamente diagnosticadas. En general, esta terapia parece más útil para ayudar a personas saludables a enfrentarse

mejor con el estrés cotidiano, y quizá para impedir que desarrollen trastornos de ansiedad y depresivos.

La terapia de Inoculación de Estrés se ha aplicado con éxito y se adapta especialmente bien para conseguir aumentar las capacidades de personas que muestran cierta vulnerabilidad para desarrollar problemas en situaciones estresantes. Sin embargo, este estudio no ha sido demostrado por ningún estudio empírico riguroso.

Por el contrario, la eficacia de los métodos de tratamiento cognitivo de Beck está perfectamente documentada. La investigación sugiere que esa estrategia es absolutamente beneficiosa para conseguir aliviar trastornos muy diferentes. Por lo que concierne a la depresión, la terapia cognitivo-conductual es al menos comparable al tratamiento con fármacos, excepto para los casos más graves. También ofrece ventajas a largo plazo, especialmente para impedir la recaída.

La terapia cognitiva también produce resultados impresionantes en el tratamiento del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, y es el mejor tratamiento posible para la bulimia. Por último las, estrategias cognitivas se han mostrado muy fructíferas para el tratamiento del trastorno de conducta, el abuso de sustancias, y ciertos trastornos de personalidad.

La utilización combinada de la terapia de cognitiva y conductual es ya algo habitual, aunque todavía quedan algunas disputas respecto a si los efectos de los tratamientos cognitivos son resultado de cambios cognitivos tal y como lo mantienen los teóricos. Por lo que concierne a la depresión y al trastorno de pánico, parece que los cambios cognitivos son el mejor predictor de los resultados a largo plazo, como mantiene la teoría cognitiva.

Posteriormente se habla del Humanismo, el cual también toma en cuenta los procesos internos de la persona, pero de una manera más profunda y subjetiva sin la necesidad de apegarse completamente al cientificismo.

3. HUMANISMO

La terapia humanista se enfoca en el autoconocimiento y la autorrealización del usuario, evitando hacer interpretaciones de lo que comenta en psicoterapia, ya que es él quien conoce su subjetividad.

La introspección es esencial en este proceso, el terapeuta es únicamente un acompañante el cual se va a apoyar en la técnica del reflejo para acompañar al usuario en su proceso.

3.1 Humanismo, Antecedentes Históricos y Filosóficos.

Dentro de las psicoterapias humanístico-existenciales se han agrupado los enfoques que nacieron como alternativa al psicoanálisis por un lado, y a las corrientes conductistas por otro. Estos enfoques toman sus raíces de la práctica antigua de la filosofía o el amor a la sabiduría que surge como una búsqueda activa del ser humano para encontrar el secreto de una buena vida. La antigua filosofía utilizó el método socrático de discusión dialéctica para revelar y desenmarañar la verdad acerca de las circunstancias y los dilemas personales y universales. Esta práctica fue revitalizada al inicio del siglo XX y “se consideran dentro de este enfoque a las propuestas que surgen de la tradición fenomenológica-existencial europea y las que provienen del movimiento norteamericano de la psicología humanista. Tanto la diversidad de enfoques como la aglutinación de diferentes influencias hacen que haya que hablar de más de un movimiento que de una escuela formalmente constituida” (Martorell, 2004, p. 73)

En Europa los primeros en formular principios de la psicoterapia existencial-humanista fueron Karl Jaspers, Ludwig Binswanger (1961) y Medrard Boss, influenciados por filósofos existencialistas como Kierkegaard, Nietzsche y Heidegger. Castañedo (2005) encontró lo siguiente:

Autores como Paul Tillich (1952) y Rollo May (1969), sembraron el enfoque por todos los Estados Unidos de América. Así mismo, hicieron extensiva su influencia en el movimiento de potencial humano y la psicoterapia humanista, encontrándose elementos existenciales

obvios en algunos de estos enfoques, como se aprecia en la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers (p. 324).

Durante la década de los 50's, Maslow, insatisfecho (como ya se mencionó anteriormente) con la situación dominante del behaviorismo ortodoxo y el psicoanálisis freudiano ortodoxo; Maslow contactó con otros psicólogos también descontentos con la situación.

Castañedo (2005) encontró lo siguiente:

El acontecimiento cumbre de la constitución de la psicología humanística, como tercera fuerza de la psicología, fue la conferencia de Psicología Humanista en noviembre de 1964.

Tanto Allport como Rogers asistieron a la misma e hicieron Público su apoyo a la Psicología Humanística (p. 23).

Ésta surge como respuesta a la poca preocupación que las dos corrientes previas habían puesto en los factores humanísticos, ya que consideraban que se limitaban a estudios de psicopatología, ignorando áreas relevantes al estudio global del ser humano. Este punto de vista surgió para contrarrestar la oscuridad que prevalecía con el punto de vista de que la naturaleza humana era patológica (psicoanálisis) o mecánica (conductismo). En este momento el *self* fue visto como un agente activo, implicado en resolver conflictos existenciales con el fin de sobrevivir y crecer óptimamente. En ese contexto histórico, las teorías humanistas enfatizan en la importancia del terapeuta que no influye o controla las decisiones de sus clientes, percibiendo la libertad y la decisión del cliente como fuerzas esenciales para gozar de una buena salud psíquica. Con este, no se intenta reemplazar las corrientes conductista y psicoanalítica, “más bien, busca responder positivamente al cambio, al crecimiento y al desarrollo del hombre, y evolucionar como un proceso dinámico en la exploración de la personalidad y la naturaleza humana” (Castañedo, 2005, p. 33).

La psicoterapia propuesta por Rogers es quizá la más influyente y conocida de entre las que surgieron dentro del modelo humanista. Ésta se desarrolla, al igual que el psicoanálisis a partir de los encuentros terapéuticos con personas que tenían problemas a finales de los treinta del siglo XX.

Rogers se inscribió en el colegio de maestros de la Columbia University con la intención de estudiar psicología recibiendo una fuerte influencia de las teorías que destacaban la capacidad de los seres humanos para el libre albedrío y la autodeterminación.

Compas y Gotlib (2002) encontraron lo siguiente:

Durante sus primeras experiencias como psicólogo clínico, Rogers también fue influido por los escritos del psiquiatra Otto Rank, quien sostenía que la terapia debe ocurrir sin control por parte del terapeuta; es decir, que la meta de la terapia era permitir al individuo seguir su capacidad para el libre albedrío. (p. 344)

Llego a considerar los métodos psicoanalíticos como un enfoque autoritario de tratamiento de los individuos, que proporcionaba al terapeuta un nivel inapropiado de poder y autoridad, no solo en la definición del problema del usuario, sino también en la definición literal de sus experiencias mediante el uso de interpretaciones psicoanalíticas de sus recuerdos, emociones y motivos. Creía que el usuario es el experto, pues conoce su propia experiencia, la naturaleza del problema e incluso las mejores maneras de resolverlo. Esas ideas se reflejan en su elección del término "cliente" en lugar de paciente para referirse a quien era ayudado en terapia. En 1940, cuando Rogers aceptó un puesto como profesor de psicología en la Ohio State University, ya había desarrollado la versión integral de su aproximación no directiva a la psicoterapia.

Al inicio de los 50, Rogers se encontraba dividido entre el positivismo lógico y la subjetividad. Bajo la insistencia de algunos de sus estudiantes de teología de la Chicago University inicia la lectura de obras básicas de Kierkegaard y Buber.

Castañedo (2005) encontró lo siguiente:

Rogers afirma que leer a Kierkegaard tuvo un efecto relajante sobre él, animándole a confiar y a expresar su experiencia propia. Para él los insights y convicciones de Kierkegaard expresaban puntos de vista que el mismo tenía, aunque era incapaz de formularlos. Uno de estos insights se encuentra en un pasaje de la obra *The sickness unto death*, en el que Kierkegaard sostiene que el propósito de la vida es llegar a ser el self que uno verdaderamente es. (p. 85).

Rogers entiende que el pasaje de Kierkegaard significa que uno debe permitir que la naturaleza más íntima de uno emerja a la superficie, esta idea es la piedra angular del pensamiento de Rogers sobre el self y la psicoterapia.

También fueron estudiantes de teología de Chicago los que le introdujeron al pensamiento del filósofo Martin Buber. Considerando que, además de la aceptación positiva incondicional y la autenticidad del terapeuta, un sentido profundo de comunicación y unidad entre el terapeuta y el cliente es crucial. En este sentido la psicoterapia significa una experiencia genuina de persona a persona. Esto es exactamente lo que Buber describe con la "interrelación yo-tu", Buber sostiene que la experiencia profunda de hablar con sinceridad a otra persona, sin jugar un rol, es decir, el encuentro entre dos personas en un nivel profundo significativo tiene un efecto cicatrizante.

El humanismo, como corriente, se desarrolla en cinco periodos históricos. El primer periodo del humanismo abarca de 1940 a 1945, la única característica del terapeuta que se tenía en cuenta era su capacidad para establecer una relación personal satisfactoria con el cliente, a fin de facilitar la manifestación del potencial de ésta y evitar toda forma de intervención directa, circunstancias mínimas para hacer posible el proceso.

El segundo periodo se extiende de 1946 a 1953. Este periodo estuvo orientado a responder ¿en qué consistía la participación del psicoterapeuta en el proceso? Durante la primera etapa ya se había descrito ampliamente la empatía y la aceptación incondicional, pero los estudios de investigación no habían considerado esas variables. Esto debido a que la terapia se caracterizaba por ser no directiva, lo que oscurecía la participación del psicoterapeuta en el proceso.

Lo más importante de este periodo es el esfuerzo para responder, no solo al sentimiento sino también al significado afectivo. Las reacciones de reflejo de los sentimientos fueron sustituidas por la transmisión verbal más profunda del significado afectivo en la comunicación. En general, los cambios positivos de los usuarios se relacionan más con el grado de empatía y aceptación de los terapeutas que con la experiencia, edad u orientación teórica.

El tercer periodo abarca de 1950 a 1955. Las investigaciones de este periodo se refieren a las condiciones necesarias y suficientes para el proceso psicoterapéutico. En 1958 Haldiker estudio la relación entre congruencia, aceptación incondicional, comprensión empática y necesidad de ayuda psicoterapéutica, el contacto entre dos personas y la percepción que tiene el cliente del terapeuta. Estas variables estuvieron correlacionadas con los resultados más favorables en diferentes procesos psicoterapéuticos.

Varios autores critican estos estudios proponiendo un control más rígido de variables y una elección al azar de las muestras. Debe tomarse en cuenta que la investigación en psicoterapia es seminaturalística, debido a que las condiciones de control deben ser mínimas y los datos se derivan de la observación de personas que no pueden ser elegidas al azar. "Deshumanizar al hombre en aras del conocimiento científico significaría mutilar y distorsionar la finalidad de las ciencias del hombre" (Lafarga, 1986, p.34).

El cuarto periodo se da a partir de 1955 en donde el enfoque evoluciona a lo que actualmente se conoce como psicoterapia experiencial. Una psicoterapia que toma en cuenta los elementos que constituyen las experiencias del cliente y terapeuta, además de los resultados de la interacción de estas experiencias. A medida que los psicoterapeutas tuvieron mayor libertad en la relación psicoterapéutica, encontraron que la autenticidad o congruencia no solo no interfería con la búsqueda autónoma de la ayuda, sino que la agilizaba y la enriquecía. La autenticidad del terapeuta, entre la experiencia de sus sentimientos, emociones, y la expresión de esta a través de conceptos y símbolos verbales, fue considerada el elemento más importante por tener la cualidad de servir como modelo de autenticidad. Esto ha formado una psicoterapia experiencial humanista que concibe a las personas como seres capaces de liberarse de los condicionamientos a los que se ven sometidos a medida que se desarrollan en la sociedad.

En el quinto periodo, a partir de 1959, el enfoque centrado en la persona se dirige hacia los procesos dentro de grupos por la estrecha vinculación que ha tenido con las universidades.

Rogers emprendió un minucioso trabajo de práctica psicoterapéutica seguida por el análisis de las grabaciones de las consultas, para identificar las constantes que facilitaban el proceso de crecimiento de las personas que acudían a psicoterapia. Mientras él, sólo analizaba y describía las nuevas corrientes, derivando sus hipótesis “no de inferencias teóricas si no de datos observables, suscito un furor de crítica, alabanza, ataque y entusiasmo para los que no estaba preparado, y pensó que había creado algo realmente nuevo” (Lafarga, 1986, p. 25).

3.2 Rogers, Terapia centrada en el cliente.

Teóricamente esta perspectiva asume que en esencia hay algo bueno en todas las personas, incluso cuando actúan de manera aterradora e inconsciente.

Consideran las siguientes suposiciones acerca de la gente:

- Todos los individuos son libres para determinar sus vidas y destinos; no son moldeados ni restringidos por pulsiones internas o por fuerzas en el ambiente externo.
- No existe una verdad externa, válida para el mundo; cada persona posee su propio punto de vista, el cual es único y valido por derecho propio
- Los problemas surgen al perder el contacto con la experiencia interna y las emociones. El crecimiento positivo ocurrirá en la medida en la que los individuos se concentren y tomen mayor conciencia de sus emociones y experiencias.

Esta perspectiva depende de los autoinformes como principal fuente de testimonio, en lugar de utilizar inferencias derivadas de pruebas o de observaciones relacionadas. Esta teoría es sistematizada a través de las hipótesis hechas y trabajadas en la práctica clínica rechazando “la psicología de la objetividad a favor del mundo interno de la experiencia como lo informa la persona” (Phares y Trull, 2003, p.355). De manera similar a la psicoterapia psicodinámica, los enfoques humanistas son aproximaciones a la psicoterapia orientadas a la introspección, destacando la importancia de obtener mayor conciencia o comprensión de uno mismo, de los motivos y las emociones personales para resolver los problemas y cambiar el comportamiento. El insight y la conciencia se logran mediante la experimentación y liberación de emociones

personales intensas, un proceso conocido en psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica como catarsis.

“Estas teorías destacan el potencial inherente y la tendencia de la gente a crecer y desarrollarse de maneras positivas, y la capacidad de las personas para determinar la dirección de sus vidas” (Compas y Gotlib, 2002, p. 342).

Martorell (2004) encontró lo siguiente:

Para Rogers el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si no se falsea o se tuerce por los sucesos de la crianza, puede dar como resultado una persona de pleno funcionamiento, es decir, alguien permeable a nuevas experiencias, capaz de reflexión, espontáneo y capaz de valorar a otros y a sí mismo. La persona mal adaptada sería, pues, cerrada, rígida y autodespreciativa. (p. 79)

En lugar de que un terapeuta experto ofrezca interpretaciones de la experiencia del cliente, esos métodos subrayan la importancia de permitir que los individuos saquen sus propias conclusiones acerca de sus experiencias. Este enfoque, aunque se parece al psicodinámico psicoanalítico difiere de él en la visión que tiene de la naturaleza del ser humano. Rogers rebatía la idea freudiana de la condición humana con una concepción más positiva y optimista de la humanidad.

El autoconcepto y la autoestima son nociones centrales en la mayoría de los modelos humanistas ya que la baja confianza conduce a la pasividad, lo que perpetúa nuestras dificultades para hacer frente a nuestros problemas. De acuerdo con Rogers, por ejemplo, los individuos desarrollan un sentido real y uno idealizado de sí mismos. El yo verdadero se refiere a las percepciones del yo tal como el individuo funciona en el momento, aspectos del yo que en este momento están incluidos en la conciencia. El yo ideal, en contraste, se relaciona con las percepciones del yo al cual aspira el individuo. El yo ideal a menudo se basa en valores y metas interiorizadas de otros, esto es, lo que otros esperan y desean de la persona en lugar de lo que la persona quiere para sí misma. “Como Frágiles humanos que somos, a menudo vivimos arrepentidos de lo que ha pasado ayer, con miedo de lo que se nos pedirá hoy y culpabilidad de lo que no hemos hecho para mañana” (Castañedo, 2005, p. 326). Rogers suponía que la mayor parte de

los individuos experimenta cierto grado de discrepancia entre el yo verdadero y el ideal. Sin embargo, cuando la discrepancia entre esos dos aspectos del yo es demasiado grande, el resultado es una insatisfacción general del sí mismo y el surgimiento de sufrimiento emocional, infelicidad y aflicción.

La psicopatología se considera como la consecuencia de bloqueos al crecimiento positivo provocados por el entorno y la experiencia del individuo. Más general, los bloqueos al crecimiento positivo y al desarrollo son resultado de las interacciones con otras personas que alejan a los individuos de su propia experiencia. “La psicopatología ocurre cuando los individuos tratan de vivir su vida de acuerdo a las metas y valores que otras personas mantienen para ellos; en lugar de seguir sus propios motivos y metas” (Compas y Gotlib, 2002, p. 346). Además, concentrarse en las reacciones de los otros llevará a los individuos a desconfiar de su propia experiencia y de sus propias emociones y a tornarse ansiosos y preocupados por cumplir las expectativas de otros más que sus propias metas.

Las metas de la psicoterapia humanista consisten en ofrecer apoyo y empatía para auxiliar a los clientes a explorar la verdadera naturaleza y significado de sus conductas, emociones y relaciones con los demás. Algo que no puede quedar fuera es el hecho de que el objetivo no es “curar” a la gente de su psicopatología, concepto inútil y erróneo, sino más bien enseñar al cliente a hacer frente a las contradicciones y paradojas que le presenta la existencia cotidiana. El terapeuta debe esforzarse por permitir que los clientes enfrenten y aclaren sus elecciones pasadas y presentes; permitir que los clientes se relacionen de manera auténtica, abierta, honesta, espontánea y cariñosa con los otros; permitir que los clientes acepten su propia soledad en el mundo y proporcionar a los clientes un encuentro o relación genuina y auténtica con otra persona en el contexto de la terapia. El cliente necesita recibir soporte para que aprenda el autoapoyo, necesita recibir contacto nutritivo para que aprenda a entrar en contacto sano.

Castañedo (2005) encontró que:

Una persona que se da autoapoyo se siente libre de no hacer lo que otras personas esperan que haga; no necesita justificar sus acciones cuando busca el interés propio; no necesita vivir siempre sujeta a las reglas y estándares de la sociedad; se siente libre para

expresar tanto el afecto cálido como el hostil a sus amigos y otras personas significativas; considera que la gente debería expresar honestamente los sentimientos de enojo. (p. 56)

3.2.1 Relación terapéutica.

También se plantea que el terapeuta debe ayudar a clarificar las emociones del cliente, ser un facilitador en el proceso. Se dice entonces que, “una relación de ayuda es aquella en la que debería surgir en una o ambas partes un esfuerzo encaminado a obtener una mejor expresión y un considerable uso funcional de los recursos internos latentes del individuo” (Lafarga, 1986, p. 81).

Roger plantea seis condiciones para que se pueda dar el cambio en la personalidad, para facilitar el crecimiento positivo, el alivio del sufrimiento y el malestar emocional:

1. El cliente y el terapeuta deben estar en contacto psicológico. Rogers suponía que el cambio significativo y positivo de personalidad sólo procede en el contexto de una relación interpersonal cercana.
2. El cliente se encuentra en un estado de incongruencia psicológica o emocional, que lo convierte en alguien vulnerable y ansioso. Se define a la incongruencia como una discrepancia entre la experiencia real del cliente (es decir sus emociones y sentimientos) y la visión del cliente de sí mismo. En consecuencia, la incongruencia describe en esencia la discrepancia entre el yo verdadero y el yo ideal.
3. El terapeuta es congruente, integrado o genuino en la relación. Dentro del contexto de la relación con el cliente, el terapeuta tiene conciencia precisa momento a momento, de su propia experiencia. El énfasis está en la habilidad del terapeuta para estar al tanto de lo que siente durante las sesiones con el cliente y estar atento para que no se contradigan esos sentimientos.
4. El terapeuta experimenta aceptación positiva incondicional hacia el cliente. Esto se define como una aceptación cálida de la experiencia del cliente, sin importar cuál sea ésta. No hay condiciones o requisitos en la aceptación del terapeuta hacia el cliente. La aceptación positiva incondicional supone

aceptar las características buenas y malas del cliente y que éste se preocupe por el cliente de manera no posesiva o de una forma que se concentra en las propias.

5. El terapeuta adquiere una comprensión empática de la experiencia interna del cliente y se esfuerza por comunicarle esta comprensión. La comprensión exacta y empática de la experiencia del cliente incluye la capacidad del terapeuta para sentir el mundo privado del cliente como si fuera su propio mundo. El terapeuta permanece con un pie en el marco de referencia del cliente y con el otro fuera de él. Esta visión permite al terapeuta ver y sentir las emociones del cliente (por ejemplo, ira, temor, confusión) sin que sus propios sentimientos sean alcanzados en el momento. La empatía precisa y profunda ayuda a los terapeutas a comunicar su comprensión de la experiencia del cliente y, de manera optimista, identificar los aspectos de la experiencia del cliente de los cuales este no es consciente. De este modo la empatía va más allá de la conciencia actual del cliente y refleja aspectos de su experiencia que están fuera de la conciencia en ese momento.
6. Por último, debe lograrse, al menos de manera mínima, la comunicación al cliente de la comprensión empática y la aceptación positiva incondicional del terapeuta. No es suficiente con que el terapeuta experimente esas reacciones hacia el cliente, deben comunicarse al cliente de manera efectiva para influir sobre su conciencia y facilitar el cambio. Rogers creía que solo si se lograba un nivel mínimo de comunicación de esas actitudes, el cliente no experimentaría sus efectos benéficos.

3.2.2. Características del terapeuta.

Actualmente se toman tres aspectos con los que debe cumplir el terapeuta que son la aceptación positiva incondicional, la empatía y la autenticidad y congruencia. Debe mencionarse que “el cliente para vivir este proceso no necesita conocimiento intelectual o profesional, dado que se enfoca sobre los aspectos emocionales de la situación inmediata en lugar de centrarse en los aspectos intelectuales” (Castañedo, 2005, p.76)

Una vez asegurada esta actitud por parte del terapeuta, el desarrollo de la terapia gira en ciertos aspectos. El impulso al crecimiento; el énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual; la importancia en el presente más que en el pasado; y la relación terapéutica como experiencia de crecimiento personal en sí misma.

Con estas habilidades y elementos, también se da un cambio en el modo de experimentar: El individuo comienza muy alejado de sus vivencias hasta que progresivamente la va aceptando como un referente al que se puede acudir en busca de significados y, finalmente, la persona se permite vivir de manera libre y permisiva y emplea sus vivencias como principal referente de sus conductas.

En este proceso igualmente se da un paso de la incoherencia a la coherencia. En un extremo estaría el máximo de incoherencia, desconocido para el propio individuo; progresivamente iría tomando conciencia de sus contradicciones para terminar experimentando sólo la incoherencia de modo ocasional puesto que ya no percibe como amenazadora su experiencia. Cambia también su relación con los problemas, desde su negación, pasando por su reconocimiento hasta la conciencia de la propia participación en su génesis. Otro de los objetivos del trabajo humanístico reside en que los clientes estén más abiertos a su propia experiencia y a toda su realidad paradójica ayudándoles a ser más tolerantes de su propia ansiedad, llegando a comprenderla mejor, haciéndose más auto-reflexivos. “Gradualmente y a medida que los clientes relatan y analizan sus historia con su terapeuta, alterarán la interpretación de la misma y, en consecuencia la de ellos mismos, modificando su propia existencia” (Castañedo, 2005, p. 328).

De un modo general los indicadores de que el proceso de cambio se está produciendo y, por tanto que la terapia centrada en el cliente está cumpliendo sus objetivos son: el paso de los síntomas al yo; el paso desde los demás hacia sí mismo; el paso del pasado al presente; y el descubrimiento del usuario de vivir su experiencia, en lugar de tratar de imponer a esta experiencia un sí mismo concebido según patrones externos y de lucha por evitar el acceso a la conciencia de los elementos que no se ajusten a esos patrones.

3.2.3. El reflejo.

La manera en la que se logra este proceso es a través del reflejo ya que es una técnica exclusiva y que distingue a los rogerianos. El reflejo es la imagen de la comunicación emocional y consiste en devolver al cliente el mensaje comunicado al terapeuta, sugiriendo la reformulación clara de aquello que el cliente comunica.

El primer reflejo es la reiteración o reformulación simple que se usa para volver a proponer los contenidos expresados por el cliente.

El reflejo de dilucidación busca recoger y reflejar al cliente ciertos elementos que no fueron formulados explícitamente y que quizás no entraron claramente dentro del campo perceptivo, pero que obviamente ejercen influencia. Es fruto de una deducción que el terapeuta se siente autorizado a hacer, partiendo del mensaje tanto verbal como no verbal, que el cliente le está enviando.

El reflejo del sentimiento consiste en recoger el componente emocional presente y devolverlo de un modo más explícito. El terapeuta trata de aclarar el fondo de la comunicación.

3.3. Conclusiones

La terapia centrada en el cliente resta énfasis al diagnóstico o evaluación ya que la consideran innecesaria y perjudicial debido a que coloca al psicólogo en un papel de autoridad, que puede impedir el desarrollo de autonomía y autorrealización.

En conclusión, Rogers nunca había imaginado la repercusión que tendría su trabajo y el de sus colaboradores. Estos trabajos permitieron el estudio empírico de fenómenos altamente subjetivos. Como gran teórico del proceso psicoterapéutico, Rogers realizó observaciones precisas y a partir de ellas derivó inferencias inmediatas susceptibles de verificación. El paradigma observación-hipótesis-verificación-teoría fue característico en la metodología del enfoque centrado en la persona. Debido a que los descubrimientos de Rogers estuvieron relacionados con aspectos básicos de la relación interpersonal para fomentar o entorpecer el crecimiento autodirigido, las formulaciones y descubrimientos se hicieron en un lenguaje accesible. "Por otra parte Rogers considera que su trabajo ha tenido poca influencia en la metodología que algunos llaman científica" (Lafarga, 1986, p.47).

Castañedo (2005) encontró lo siguiente:

La investigación en psicoterapia con enfoques humanísticos es escasa, dada la oposición de los terapeutas de estas corrientes a la tecnología de la investigación, aunque por otra parte, existe una relativa cantidad de estudios cualitativos que investigan los factores existenciales. (p.329)

3.4. Psicología Transpersonal.

De las corrientes humanistas surge la psicología transpersonal originada a finales de los años sesenta siendo una vertiente de las corrientes humanistas.

Grof (2006) encontró que:

Históricamente el término transpersonal, fue escogido en 1969 por Abraham Maslow y es definido muy precisamente por él en algunos de sus libros y artículos. Empieza por un estudio de las motivaciones humanas que clasifica jerárquicamente en cinco niveles: fisiológico, de seguridad, de integración, de autoestima y de autorrealización. Es entonces, cuando después de un estudio de las experiencias cumbre, descubre una sexta necesidad, la de ir más allá de uno mismo. (p.19)

“Así, el campo de la psicología transpersonal surgida en los últimos veinticinco años trata de investigar estos procesos ricos y transformadores de la experiencia humana” (Braud y Anderson, 1998, p.27).

Maslow su iniciador, recibe la licenciatura en psicología en 1930, la maestría y el doctorado en psicología en 1934. Desde que recibe el doctorado hasta 1937 trabaja como asistente de investigación de Edward L. Thorndike en la Columbia University. En 1959 le ofrecen el puesto de director del departamento de psicología en Brandies University, posición que ocupa durante diez años. Poco después, se convence de que la investigación y la teoría de la psicología descansan excesivamente en sujetos que acuden a los psicólogos por razones psicopatológicas. La imagen de la naturaleza humana, trazada por los estudios de estos pacientes, es inevitablemente pesimista y distorsionada. Intentando remediar esta situación comienza a estudiar lo que él considera es lo principal en las personas sanas y que lo denomina autorrealización. Maslow sostiene que en la motivación humana se dan altas y bajas necesidades, pero en su obra *Thefather*

Reaches of Human Nature (1971) menciona una necesidad aún más elevada que la autorrealización, más trascendental, más centrada en el cosmos que en el ser humano. Según Maslow todos los seres humanos poseen una necesidad instintiva para penetrar en los misterios cósmicos y vivir en un reino de símbolos y religión. Maslow menciona que el deseo de trascender la propia naturaleza es precisamente un aspecto de la naturaleza humana en sí misma, como lo son las otras necesidades inferiores. “Negar estas últimas necesidades es tan patológico como negar la necesidad que tenemos de vitaminas o recibir una nutrición sana o adecuada” (Castañedo, 2005, p.49).

En el libro *Religión, valores y experiencias cumbres* (1964), sostiene que podemos encontrar, en las personas autorrealizadas, la guía o los valores con los que por naturaleza debería vivir. Estos valores son la base de la ciencia ética. En esa misma obra concluye que las personas autorrealizadas tienen una experiencia natural de éxtasis o felicidad, momentos de intensa experiencia (experiencia cumbre).

Wilber (2004) encontró lo siguiente:

Cualquier clase de disciplina legítima en este nivel, logra que tarde o temprano el individuo acceda a una percepción de sí mismo tan intensa y profunda que puede hacerle salir de sí mismo para elevarle hasta el mundo vasto y sutil de lo transpersonal. (p.162)

Maslow afirma que la psicología académica, es exclusivamente occidental y necesita apoyarse en fuentes orientales, ya que se vuelca demasiado en el objetivo, lo público, lo externo, y lo conductual, y debería aprender más acerca de lo subjetivo y lo privado.

Wilber (2004) encontró lo siguiente:

Hablar en estos términos no genera en la mayoría de los occidentales educados modernos más que perplejidad, pues dada la anemia general de la religión actual, hemos perdido en gran parte todo acercamiento directo y socialmente accesible a la trascendencia. (p.162)

3.4.1 La psicología Transpersonal en el ámbito clínico.

En la práctica clínica, la psicología transpersonal estudia los estados no ordinarios (o alterados) de conciencia que trascienden el estado de vigilia y el cambio propiciado por dichos estados en la conciencia ordinaria.

A través de la experiencia propia, ha ido aproximando el diálogo entre la práctica psicológica (fundamentalmente clínica) y ciertos principios de las tradiciones espirituales entre las que encontramos el budismo y taoísmo entre otras. Dentro de la práctica, la psicoterapia transpersonal puede ser concebida como un intento de facilitar el crecimiento humano y de expandir la conciencia más allá de los límites implicados por los modelos occidentales tradicionales de salud mental. “La espiritualidad está fuertemente asociada a la experiencia del amor universal, que también puede representar una poderosa fuerza sanadora” (Grof, 2006, p.131). Cabe resaltar que se pueden usar métodos transpersonales de las filosofías orientales y usar al mismo tiempo métodos occidentales.

Una filosofía oriental en la que podemos basar la psicología transpersonal es el Taoísmo. Él Taoísmo nos brinda una gran gama de alternativas que pueden ocuparse en terapia; las cuales incluyen la meditación, medicina alternativa y manejo de la energía *chi* dentro del cuerpo.

3.5. Taoísmo.

El presente trabajo, se enfoca en los conocimientos que surge de la religión taoísta más que en los estados alterados de conciencia desde la perspectiva del maestro MantakChia, tomando así la psicología transpersonal como punto de referencia. Cabe mencionar que los usos psicoterapéuticos del taoísmo pueden ir desde el equilibrio emocional hasta el tratamiento de diversas enfermedades crónico degenerativas, en el particular caso de esta tesina, se enfoca al equilibrio emocional y la sexualidad.

MantakChia es el creador del sistema conocido como “El tao curativo” y es también fundador y director de del “Centro curativo Tao” de Nueva York”. Ha estudiado la forma de vida taoísta desde su infancia, así como otras muchas disciplinas que han dado como resultado el sistema del “Tao Curativo”.

Chia (2009) encontró lo siguiente:

La curación taoísta es un sistema de autoayuda para curar y prevenir la enfermedad y el estrés, así como para intensificar todos los aspectos de la vida. Su concepto clave es un aumento de la energía vital, o Chi, a través de técnicas sencillas y ejercicios físicos. (p.17)

La mayoría de estas técnicas eran conocidas en la antigüedad por un grupo reducido de maestros taoístas y alumnos escogidos cuidadosamente. A pesar de su fondo espiritual, la curación taoísta no es sólo una religión. “Es compatible con todos los credos, así como el agnosticismo y con el ateísmo. No hay rituales que realizar ni gurús a quienes someterse. Se respeta mucho al maestro y al profesor, pero no se les deidifica” (Chia, 2009, p.17).

En la opinión del taoísta, la armonía y el equilibrio son algo esencial para la salud. Se considera al cuerpo como un todo; por ello, el estrés o el daño de un órgano, glándula o sistema, debilita al cuerpo entero.

García (2011) encontró que:

El ser humano es un sistema integral, más allá de sólo un conjunto de órganos, músculos y articulaciones; mas que respuestas aprendidas o una maraña de pensamientos, el cuerpo se conforma de lo que concibe, conoce y consume a través de los símbolos provenientes de la cultura y el ambiente, al mismo tiempo que tiene la oportunidad de construir sus formas de sentir y vivir, a través de la alimentación, las emociones y las acciones. (p. 74)

Por otra parte, el cuerpo se regula a sí mismo y tiende de manera natural hacia el equilibrio, siempre que se le permita. La enfermedad aparece causada por un bloqueo de energía. El exceso o el defecto de ella en una zona determinada tienen como resultado una enfermedad para esa zona y estrés en todo el cuerpo. La curación taoísta nos enseña a corregir este desequilibrio despertando el Chi, o energía vital, y haciéndolo circular hacia las áreas necesitadas.

3.5.1. Teoría de los cinco elementos.

Dentro del taoísmo encontramos la teoría de los cinco elementos la cual también puede ayudarnos a encontrar el equilibrio corporal y emocional. El sistema taoísta vincula cada órgano a uno de los cinco elementos de la naturaleza: metal, agua, madera, fuego o tierra. Una alternativa a la explicación científica a como el hombre

se relaciona e integra al mundo que lo rodea la encontramos en esta misma teoría de los cinco elementos.

García (2011) encontró que:

Así como la naturaleza se encuentra interrelacionada e interdependiente en sus elementos básicos, el cuerpo se encuentra de igual manera articulado, haciendo una analogía: el fuego tras de sí deja cenizas que forman la tierra, ésta a su vez se comprime en capas en el subsuelo en donde se encuentra el metal, este filtra el agua de las lluvias y permite la generación de mantos acuíferos, el agua nutre los árboles que son los que otorgan la madera, y, finalmente la madera es el combustible que genera el fuego. En un ciclo de continuo de generación de energía vital, cada uno de estos elementos es generador del otro, en un ambiente de origen, en relación con el cosmos. (p. 78)

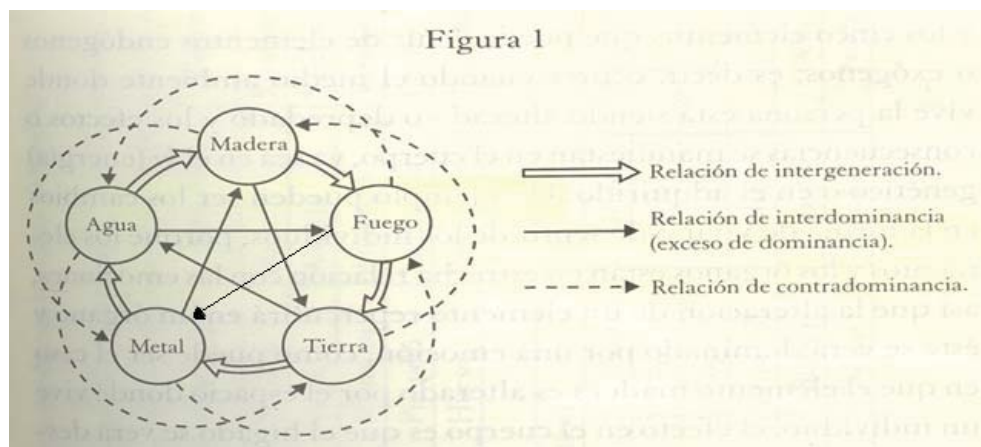
En la teoría de los cinco elementos se afirma “que el cuerpo humano es un microcosmos que guarda una estrecha relación con el espacio donde vive” (García, 2011, p. 79). Se trata de ampliar un poco más la idea de la relación que existe entre las partes y el todo. Un ejemplo de esto es la holografía o la idea de holograma. La holografía es un método de fotografía sin lente, llevado a cabo experimentalmente por el científico y premio Nobel, Dennis Gabor.

En el experimento, el campo de onda de luz, esparcido por un objeto, se recoge en una placa como patrón de interferencia. Cuando el registro fotográfico, que es el holograma, se coloca en un haz de luz coherente, como el láser, se regenera el patrón de onda original y aparece entonces una imagen tridimensional. Hay que añadir que cualquier trozo del holograma, sometido a un haz de luz coherente, reconstruirá toda la imagen, “este es el dato más interesante de los hologramas, a saber, que cada pequeño fragmento o microcosmos encierra en su interior toda la información del movimiento macrocósmico o imagen entera” (Pintos, 1996, p.32). Esto sucede aun cuando sólo se ilumine una pequeña parte de la placa fotográfica, el objeto seguirá apareciendo entero.

Al establecer esta analogía del universo con el cuerpo se establece una estrecha relación de estos elementos y los órganos como ya se mencionó: madera, hígado y vesícula biliar; fuego, corazón e intestino delgado; tierra, bazo, páncreas y

estómago; metal, pulmón e intestino grueso; y agua, vejiga y riñón. Esto significa que la relación que existe en el medio ambiente con los cinco elementos es la que se guarda al interior del cuerpo. El equilibrio entre lo endógeno y lo exógeno es una relación de armonía, de modo que cualquier cambio que sucede externamente tendrá efectos e implicaciones que se manifestarán al interior del cuerpo y se expresarán en equilibrio o en problemas con relación de los elementos y los órganos. Hasta aquí todo parece ir bien si el medio ambiente está equilibrado, pero resulta que siempre suceden acontecimientos ajenos a ese deseo de mantener un estado óptimo de salud del cuerpo dándose procesos distintos en su interior. Cuando esas relaciones entre los elementos se han transformado, hay consecuencias directas en los procesos internos del cuerpo, lo que se explica a partir de la relación de interdominancia, donde se ha interrumpido el constante flujo de energía entre los elementos, órganos y emociones. Aquí se habla de una situación en que una emoción-órgano domina a otros, siendo un tipo de relación destructiva (la tierra ensucia el agua, el agua apaga el fuego, el fuego funde el metal, el metal corta la madera, la madera empobrece la tierra); en esta segunda fase cambia la relación entre los órganos y elementos; así, el que apoya o es gestor pasa a ser dominado. Éste es el principio de un desequilibrio energético entre los órganos. Un ejemplo de esto pueden ser los cambios en la forma de vivir o de sentir de los individuos, porque los elementos y los órganos están en estrecha relación con las emociones (madera, enojo; fuego, alegría; tierra, ansiedad; metal, tristeza; agua, miedo).

Una tercera relación es la contradominancia a partir de la cual, se pueden provocar efectos más perjudiciales en la salud al fluir la energía en sentido inverso de la relación de intergeneración, llegando a ser sumamente destructiva (el agua inunda la tierra, el metal apaga el fuego, la tierra destruye la madera, el fuego hierve el agua, la madera deforma al metal).



Fuente: López Ramos (2002)

Como podemos ver, dentro de la teoría de los cinco elementos no solo se abordan las emociones y su relación con órganos del cuerpo humano, sino también la relación que guardan éstas con el medio ambiente y sus cambios constantes. Con esto podemos comprender que cuando el ser humano se desliga del mundo que lo rodea, es momento propicio para que ocurra un proceso similar en su interior, desligándose de sus propias sensaciones y emociones, llegando a insensibilizarse hacia sí mismo y los demás.

Desde este punto de vista taoísta, cuerpo, mente y espíritu están totalmente integrados. Por consiguiente, la medicina china considera que las emociones negativas como la ira, el miedo o la crueldad, y las cantidades excesivas de emociones positivas, como demasiada alegría o excitación pueden dañar los aparatos y órganos asociados y ser causa de enfermedades.

Para muchas personas, el mal humor o las emociones negativas no constituyen una enfermedad. En el taoísmo se consideran como el comienzo del desequilibrio de la energía Chi en el sistema.

Como vivimos en el momento actual, no podemos evitar que se desarrolle nuestro apego por el mundo material y que nos atraigan cada vez más las características de dicho mundo, como las drogas, diversiones, servicios y comida poco natural. Cuanto mayor es nuestra convicción de que necesitamos poseer esto y comprar aquello, tanto más preocupados y perdidos en emociones encontradas nos

sentimos. Sin embargo podemos liberarnos de todos estos sentimientos si nos deshacemos del apego emocional hacia estos bienes materiales. Si estamos apartados de nuestro interior, es muy difícil advertir un gran cambio interno. “Sin embargo, si sabemos conservar, transformar e incrementar el Chi, tendremos más Chi para abrir el bloqueo, aumentar la capacidad de defensa del organismo y prevenir las enfermedades” (Chia, 2009, p.21).

3.5.2 Kung Fu sexual

Con referencia en el taoísmo, el maestro Chia también nos habla de la actividad sexual como una práctica espiritual en la cual también se puede utilizar el manejo del Chi.

A lo largo de más de tres mil años, los chinos han reconocido que los hombres pueden alcanzar múltiples orgasmos retrasando e incluso reteniendo la eyaculación. Esto es posible debido a que el orgasmo y la eyaculación son dos procesos físicos diferentes, a pesar de haber sido equiparados en occidente durante largo tiempo. El hecho de que los hombres puedan tener múltiples orgasmos es tan sorprendente que a la mayoría les cuesta creerlo.

La sexualidad taoísta, también llamada “Kung Fu sexual” comenzó como una rama de la medicina china. Los antiguos taoístas eran médicos y estaban tan preocupados por el bienestar físico como por la satisfacción sexual. El kung fu sexual ayuda a los hombres a incrementar su vitalidad y longevidad permitiéndoles evitar el cansancio y el desgaste que provoca la eyaculación.

A través de diversas técnicas taoístas y la práctica constante, una persona puede convertirse en un hombre multiorgásmico, el primer paso es aprender a separar entre las distintas sensaciones de la excitación y a disfrutar el orgasmo sin traspasar la cima de la eyaculación. Entender que el orgasmo y la eyaculación son dos cosas diferentes es algo que debe empezarse a distinguir en el cuerpo, “a diferencia del orgasmo, que es una experiencia cumbre a nivel físico y emocional, la eyaculación es un simple reflejo que ocurre en la base de la columna y da como resultado la expulsión de semen” (Chia y Abrams, 2010, p.25). “Muchos hombres han experimentado un estado de unidad con su pareja durante las relaciones íntimas, incluso un estado de unidad con el universo” (Chia y Abrams, 2010,

p.55). Gracias al kung fu sexual, uno puede aprender a volver a este lugar de manera regular, ya sea en pareja o estando solo. Este tipo de unión sexual con otra persona, o entre uno mismo y el universo, puede dar como resultado una transformación de la conciencia.

“Los autores de *The G spot* concluyeron: Los hombres tienen dos tipos de orgasmo, uno producido por el pene y otro por la próstata” (Chia y Abrams, 2010, p.36). En general los hombres describen que los orgasmos producidos por la próstata son muy diferentes a los producidos por el pene, tanto emocional como físicamente.

Lo mismo que el punto G en las mujeres, la próstata se hace progresivamente más sensible a la estimulación erótica a medida que el hombre se excita y se acerca al orgasmo. El orgasmo que se produce en la próstata no es más que la contracción de esta misma.

3.5.2.1. Ejercicios musculares.

El músculo pubococcígeo, o músculo PC, es un grupo de importantes músculos pélvicos que se extienden desde el hueso púbico en la parte frontal, hasta el hueso posterior o coxis por detrás. Estos músculos constituyen la base de la salud sexual y son esenciales para convertirse en un hombre multiorgásmico, ya que se deben ejercitar.

Este musculo es también el responsable de las contracciones rítmicas de la pelvis y el ano durante el orgasmo. Si un hombre desarrolla la fuerza de su musculo pubococcigeo, también puede aprender a ser multiorgásmico y a distinguir entre orgasmo y eyaculación. Los orgasmos parten de la próstata, por lo que aprender a presionar con los músculos pélvicos es esencial. El musculo PC es como una válvula que rodea a los genitales la cual se debe aprender a abrir y cerrar.

Un ejercicio para poder lograr fortalecer este musculo es que cuando el hombre está a punto de orinar, se ponga sobre las puntas de sus pies (si es necesario usar la pared de apoyo), inspirara profundamente; espirara lentamente, haciendo fuerza para expulsar la orina al tiempo que se debe tirar del perineo hacia arriba y apretar los dientes; se vuelve a inspirar contrayendo también el musculo PC para

detener el flujo de orina; por último se expira y se vuelve a orinar. Los dos últimos pasos se deben repetir de cuatro a cinco veces hasta terminar de orinar.

Otro ejercicio que sirve para fortalecer también el musculo PC es el siguiente. Inspirar y concentrarse en la próstata, el perineo y el ano; al espirar se debe contraer el musculo PC alrededor de la próstata y el ano, al tiempo que se contraen también los músculos que rodean los ojos y la boca. Los dos últimos pasos deben repetirse de dos a tres veces, contrayendo los músculos cuando se espira y relajándolos cuando se inspira, de nueve a treinta y seis veces de dos a tres veces por día.

3.5.2.2 Ejercicios respiratorios.

Por extraño que parezca, para aprender a controlar la eyaculación, también se debe comenzar fortaleciendo y profundizando la respiración. Como se afirma en todas las artes marciales y en las prácticas meditativas, la respiración es la puerta que nos permite controlar el cuerpo.

La respiración abdominal es la forma más sana de respirar, pero perdemos este hábito natural cuando la ansiedad y el estrés hacen que acortemos la respiración

La técnica consiste en sentarse en una silla con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo, separados, aproximadamente la misma distancia que los hombros; en segundo lugar se debe situar las manos sobre el ombligo relajando los hombros; en tercer lugar hay que inspirar a través de la nariz sintiendo como se expande la parte inferior del abdomen y el área del ombligo; por cuarto y último lugar, hay que mantener el pecho relajado, exhalar con fuerza para volver a meter el abdomen, como tirando del ombligo hacia atrás, hacia la columna (se debe sentir como el pene y los testículos se elevan). El tercero y cuarto paso se deben repetir de dieciocho a treinta y seis veces.

Otro ejercicio que se menciona es la cuenta del siglo. Se debe inspirar lentamente expandiendo el abdomen y espirar lentamente contrayéndolo. Se cuenta una inspiración y una expiración completas como una respiración. Se debe seguir respirando desde el abdomen y contar de uno a cien, manteniendo concentrada la respiración, y si llegase a ocurrir una distracción hay que comenzar desde el

principio. Este ejercicio es recomendado hacerlo dos veces al día ya que ayuda a mejorar la concentración.

3.5.2.3 Energía sexual

El verdadero objetivo del Tao no son solo los ejercicios y las prácticas mecánicas, si no poder hacer circular la energía sexual por todo el cuerpo.

Comprender cómo funciona la energía dentro del cuerpo, ayuda a expandir los orgasmos genitales a todo el cuerpo y a utilizar la energía sexual para mejorar la creatividad y la salud. Según la medicina china, además de sus estructuras físicas, nuestro cuerpo también está formado por una energía física que circula constantemente por cada una de sus células.

“El sistema nervioso de los humanos es muy complejo y puede dirigir la energía a donde quiera que sea necesario. Los antiguos maestros taoístas descubrieron que hay dos canales de energía que llevan una corriente particularmente fuerte” (Chia, 2009, p.63).

Uno de ellos se denomina “Funcional”, “Yin” o “Canal anterior”. Comienza en la base del tronco, a medio camino entre los testículos (en el hombre) o la vagina (en la mujer) y el ano en el perineo. Ascende por la parte delantera del organismo pasando por los órganos sexuales, el estómago, diversos órganos, el corazón y la garganta y termina en la punta de la lengua.

El segundo canal, que recibe el nombre de “Gobernador”, “Yang” o “Canal posterior”, comienza en el mismo lugar, pero asciende por la parte trasera. Sube desde el perineo, por el coxis y la columna vertebral hasta el cerebro, y desciende al paladar.

La lengua es como un interruptor que conecta esas dos corrientes; cuando se toca el paladar, justamente detrás de los dientes, la energía fluye en un círculo: sube por la columna y baja por toda la parte frontal. A estos dos canales energéticos se les conoce también como la órbita microcósmica.

Esta energía siempre está en constante movimiento dentro de nuestro cuerpo, de no ser así no estaríamos vivos. Pero cuando tomamos conciencia del Chi por primera vez, podemos experimentar muchas sensaciones, entre ellas algunas de las más conocidas son: calidez, cosquillas, pinchazos (como la sensación de la

electricidad estática), pulsaciones, susurros, burbujeos, zumbidos. Algunas personas sienten que se mueve lentamente mientras otras experimentan sacudidas repentinas.

Para experimentar placer sexual, uno se debe relajar, y dejarse ir, pero si uno se relaja y se deja ir demasiado, eyacula, y entonces la mayor parte del placer, si no es que todo, desaparece. “La esencia del kung fu sexual y el secreto de la sexualidad masculina es saber cuándo controlar nuestra sexualidad y cuando dejarnos ir” (Chia y Abrams, 2010, p.46).

Dentro de la práctica taoísta hay un momento que se le conoce como punto de “no retorno” en donde la eyaculación es inminente, se sugiere no llegar a este punto si se desea llegar a los orgasmos múltiples, por esta razón se menciona el control de la excitación. Este es el momento de la verdad, en lugar de continuar hasta el punto de “no retorno”, uno debe detenerse o disminuir momentáneamente la estimulación, lo suficiente como para recuperar el control de la excitación. “La idea es permanecer tan cerca como se pueda del punto de inevitabilidad eyaculatoria (que se revela con la fase contráctil del orgasmo) sin permitirse ir más allá ni precipitarse hacia la eyaculación” (Chia y Abrams, 2010, p.52).

El verdadero secreto para evitar la eyaculación reside en aprender a bombear la energía sexual, alejándola de los genitales y haciéndola ascender por la columna hacia el resto del cuerpo. Sencillamente hay que imaginar que la energía sexual sale del pene, pasa por el perineo y sube por la columna. La contracción del perineo ayuda a bombear la energía hacia arriba y nos prepara para el ejercicio de la gran aspiración del cual se hablara más adelante.

3.5.2.4 La Aspiración en Frío.

Para empezar debe practicarse la aspiración en frío para continuar con la gran aspiración.

En el ejercicio de la aspiración en frío debe realizarse lo siguiente:

Tocarse o rodear los testículos hasta que se empieza a sentir un leve hormigueo, el cual es el primer movimiento de la energía sexual.

Se inspira y se tira suavemente de los músculos que rodean los testículos, perineo y ano, mientras se inspira y se tensan los músculos, hay que imaginar que se

absorbe la energía sexual, retirándola de los testículos hacia el perineo, el ano y el coxis; posteriormente espirar y relajar los músculos, pero permanecer atento a la creciente energía sexual.

Se debe continuar inspirando y tirando hacia arriba y después espirar y relajarse varias veces más hasta que se pueda percibir una sensación cálida y hormigueante en el perineo. Una vez que se siente que la energía sexual está movilizada puede utilizarse la espina dorsal como si fuera un popote que ayuda a absorber esa energía desde los testículos y el perineo, a lo largo de la columna, hasta la base del cráneo. (Hay que hacer hacia atrás y bajar la barbilla ligeramente, lo que ayudará a elevar la energía de la columna a la cabeza). Este ejercicio debe repetirse de cinco a diez minutos, o hasta que se vea una luz o haya una sensación de hormigueo en la cabeza. Hay que intentar hacer circular la energía dentro de la cabeza con la mente.

Finalmente, se toca el paladar con la lengua un par de centímetros por detrás de los dientes, para permitir conectar los canales anterior y posterior del cuerpo, permitiendo que la energía fluya hacia abajo por la parte anterior hasta el ombligo. Al tener contacto con uno mismo o con la pareja, la aspiración en frío permite contener el impulso de eyacular. “Esto nos permite retirar la energía sexual de los genitales y finalmente producir una ola de energía revitalizante y refrescante que asciende por la columna estimulando todas las terminaciones nerviosas que encuentra a su paso” (Chia y Abrams, 2010, p.82).

Es muy importante terminar la práctica almacenando en el ombligo la energía “los taoístas sabían lo importante que era completar el círculo” (Chia y Abrams, 2010, p. 91). La zona del ombligo puede manejar de forma sana el aumento de energía generado. Para guardar la energía, debemos concentrarnos en la zona del ombligo que está a una pulgada y media hacia el interior del cuerpo. Se mueve entonces con la mente esa energía en una espiral hacia afuera, alrededor del ombligo treinta y seis veces. El hombre debe realizarlo en dirección de las manecillas del reloj, posteriormente se cambia la dirección del movimiento de espiral llevando la energía nuevamente al ombligo, girando 24 veces. “La energía queda así almacenada de modo seguro en el ombligo, y está disponible para

cualquier momento y para cualquier parte del cuerpo en que se necesite” (Chia, 2009, p.57).

3.5.2.5 La gran aspiración.

La siguiente técnica es la gran aspiración. Antes de intentar realizar la gran aspiración se debe asegurar que se puede hacer circular la energía por ambos canales y seguir ciertas instrucciones.

El bombeo energético que realiza la gran aspiración funciona con el mismo principio que la bomba de agua. Creamos la presión y la succión que aspiran la energía apretando los músculos, pero es más fácil aspirarla cuando estamos relajados. Durante los periodos de descanso, la mente debe permanecer concentrada en el flujo energético.

Para comenzar con el ejercicio de la gran aspiración, la persona debe darse placer hasta conseguir una erección fuerte pero sin llegar al punto de no retorno (quedando de treinta segundos a un minuto del punto donde normalmente se llega a la eyaculación)

Dejar de estimularse y descansar por un momento para recuperar el control. Después se debe contraer el musculo PC firmemente alrededor de la próstata curvando también los dedos de los pies.

Se inspira y se absorbe la energía sexual desde el perineo hacia el ano y la columna apretando fuertemente los glúteos.

Hay que contraer los músculos anales en oleadas elevando la energía hacia la columna (como si se estuvieran bombeando los frenos de un auto) y tomar una breve inspiración en cada ocasión. El movimiento de balancear la espalda, como si se estuviera cabalgando, también ayuda a elevar la energía por la columna.

Cuando la energía alcance la base del cráneo, se debe asegurar que la barbilla esté ligeramente contraída para ayudar a elevarla desde la columna hasta la cabeza.

Se deben girar los ojos como si se estuviera mirando hacia la parte alta de la cabeza; esto ayuda a llevar la energía hasta la coronilla.

Cuando se ha bombeado la energía hasta la coronilla, ya se ha realizado una Gran Aspiración. El estado de la erección sirve para saber en qué medida se ha

tenido éxito en esta práctica: a medida que se aspira energía desde los genitales y se eleva por la columna, la erección debe disminuir.

Esto debe repetirse de tres a seis veces.

Vale la pena mencionar que el kung fu sexual no es una prueba de resistencia, hay que darse placer y cultivarse mientras se tenga el tiempo y el deseo de hacerlo.

Al mismo tiempo es importante no obsesionarse con evitar la eyaculación y no castigarse o sentirse mal con uno mismo cuando se eyacula. Si se necesita eyacular y no se puede detener, simplemente hay que seguir adelante sin culpase. En último término, lo realmente importante no es la energía que reside en el esperma sino el amor mutuo que existe entre la pareja.

“Para practicar kung fu sexual correctamente, debes abrir tu corazón y practicar con un espíritu de humildad y de amor compasivo, no con arrogancia y egoísmo” (Chia y Abrams, 2010, p.110).

Chia y Abrams (2010) encontraron que:

La técnica no es más que eso, técnica. No es el verdadero arte. Debes aprender la técnica lo suficientemente bien como para poder olvidarte de ella. Es como si estuvieses aprendiendo a tocar un instrumento musical, en primer lugar tienes que aprender a tocar las escalas, pero después debes olvidarlas y tocar espontáneamente. (p.111)

Con estas prácticas y la revisión teórica de estos enfoques se reportan tres casos prácticos en el área terapéutica. Estos casos giran en torno a lo que son las fobias, la eyaculación precoz y la realización de un proyecto de vida.

Esta práctica retoma el eclecticismo debido a la importancia y la gran variedad de técnicas y procedimientos que podemos encontrar en las teorías presentadas pasando de la teoría a la práctica.

REPORTE DE CASOS

Aquí se presentan tres casos los cuáles se abordaron desde los enfoques ya mencionados en estos capítulos. El primer caso habla de un niño con algunas fobias y problemas conductuales con sus obligaciones en la casa; El segundo caso expone la problemática de una señorita la cual menciona, no ha logrado una satisfacción personal; por último tenemos un problema similar en cuanto a la autorrealización en el tercer caso, junto con un problema de eyaculación precoz.

Caso 1.

El niño Rodolfo tiene nueve años de edad, estudia el cuarto año de primaria y pertenece al nivel socioeconómico medio. Rodolfo vive con sus padres y un hermano menor de cinco años. El motivo de consulta es que Rodolfo padece de distintas fobias. La madre comenta que estos miedos han provocado que su hijo no quiera dormir con la puerta cerrada además de no tener un buen control del esfínter por las noches. No padece ninguna enfermedad ni esta medicado de ninguna manera.

La duración que tuvo el tratamiento fue de ocho sesiones y no se hizo ninguna evaluación psicométrica.

Las técnicas utilizadas con Rodolfo fueron la Terapia Racional Emotiva en donde:

El evento activador (A): Es salir a la calle, ir a la escuela, dormir con la puerta cerrada y los desastres naturales.

Las creencias (B): Voy a ser secuestrado, van a secuestrar a mi familia, tengo miedo de que algo me suceda si duermo con la puerta cerrada y si hace erupción un volcán me voy a morir.

Las consecuencias emocionales y conductuales (C): Estar ansioso y llorar.

El tratamiento (D): Fue la confrontación con estos pensamientos irracionales, mediante una discusión filosófica.

Algunas de las variables que intervienen en el pensamiento de Rodolfo son la situación actual del país y lo que ve y escucha en las noticias.

Se le hizo ver a Rodolfo en las sesiones que los desastres naturales son algo que ocurre normalmente.

La confrontación se dio de la siguiente manera:

Rodolfo: Es que si hace erupción un volcán me puedo morir

Terapeuta: ¿Y hay algún volcán cerca de tu casa?

Rodolfo: No, creo que no

Terapeuta: Entonces por qué te vas a morir si no hay algún volcán cerca de tu casa.

Rodolfo: Es que cuando hacen erupción, cae lava y me puedo morir quemado

Terapeuta: ¿Sabías que en este momento, hay muchos volcanes haciendo erupción?

Rodolfo: ¿Enserio? No sabía

Terapeuta: Si, ¿y te estas muriendo en estas momento?

Rodolfo: No.

Terapeuta: Entonces, si hace erupción un volcán no te tienes que morir.

De la misma manera se aplicó la TRE con el miedo al secuestro, el siguiente ejemplo lo ilustra:

Rodolfo: Tengo miedo de salir a la calle porque me pueden secuestrar, o cuando voy a la escuela, me da miedo que vayan a secuestrara a mi mamá o mi papá.

Terapeuta: ¿Alguna vez han secuestrado a alguien de tu familia?

Rodolfo: No, pero yo he escuchado y he visto en las noticias que a la gente la secuestran cuando sale de su casa.

Terapeuta: Pero ni a ti ni, a tu familia los han secuestrado ¿verdad?

Rodolfo: Pues no.

Terapeuta: De hecho tu vienes de la calle ¿Te secuestraron cuando venías de camino?

Rodolfo: No.

Terapeuta: Cuando has ido a la tienda a comprar algo ¿Te han secuestrado?

Rodolfo: No, nunca.

Terapeuta: Bueno tú has comprobado que el hecho de estar en la calle o ir a la escuela no implica que secuestran a alguien de tu familia o a ti ¿verdad?

Rodolfo: Creo que sí.

Otra técnica ocupada fue la Reestructuración Cognitiva.

Dentro de la tríada cognitiva, podemos encontrar que Rodolfo se encuentra en una visión negativa de sí mismo. Esta visión negativa se debe a que Rodolfo piensa que nunca va a superar sus miedos.

Primeramente se le enseñó a Rodolfo que el miedo es una emoción innata, la cual nos sirve en momentos de peligro, pero que no puede dominarlo siempre. El miedo siempre va a estar presente en su vida pero debe aprender a controlarlo.

Se utilizó la estrategia de doble columna para que Rodolfo aprenda a identificar los momentos en los que se siente abrumado por sus miedos.

Días	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
Lunes	Voy a la escuela y pienso que me van secuestrar, me siento nervioso.	
Martes	Veo una rata y me da miedo, pienso que me va a morder y me va a dar rabia. Tengo miedo de dormir con la puerta cerrada y me siento un cobarde.	
Miércoles	Veo las noticias y solo hay problemas y gente muerta, me da miedo que algo así me pase. Me culpo por estar llorando.	
Jueves	Me da miedo quedarme con la puerta cerrada en la noche, me siento como una niña.	El día de hoy estuve tranquilo hasta en la noche.
Viernes		Salí de la escuela y me sentí feliz porque voy a ir al cine con mi familia.
Sábado	Mi mamá va a comprar el mandado y me preocupa que le vaya a pasar algo en el camino, sé que no me debo preocupar	

	pero no puedo.	
Domingo		Hoy estuve tranquilo porque estuvimos en la casa viendo películas.

Aquí podemos observar que Rodolfo siente culpa por el miedo que siente, por su parte se le recomendó un libro que habla del miedo y ocupar sus pensamientos en algo más que el miedo.

La reestructuración se dio de la siguiente forma:

Rodolfo: Es que siempre voy a sentir miedo.

Terapeuta: Es cierto, el miedo siempre va a estar en ti, pero ¿En esta semana tuviste miedo en todo momento?

Rodolfo: Pues no en todo momento.

Terapeuta: ¿Sentiste alguna otra emoción?

Rodolfo: Pues me sentí feliz el día que fuimos al cine y cuando estábamos viendo películas en casa.

Terapeuta: Entonces puedes sentir otras emociones aparte del miedo.

Rodolfo: Parece que sí.

La reestructuración cognitiva también se utilizó con el temor a las ratas y el dormir de noche con la puerta cerrada.

También se aplicó en la tercera sesión la relajación con imaginación guiada para posteriormente hacer una inoculación de estrés con este miedo.

Durante la relajación se le pidió al niño que imaginara un lugar alejado de la ciudad en donde se viera a sí mismo sólo y que percibiera todo lo que pudiera, aromas, colores, sonidos y texturas. Este ejercicio se dejó de tarea dando las indicaciones pertinentes a la mamá para que no interrumpiera a su hijo mientras realizaba este ejercicio.

Al finalizar la relajación Rodolfo comenta haberse sentido tranquilo a comparación de cuando llegó al consultorio, sin embargo en una cuarta sesión se inició la inoculación de estrés en donde el cliente pudo imaginar una rata cerca de él sin

presentar ansiedad o temor. No fue necesario aplicar completamente la inoculación, ya que su mamá comenta que hubo una ocasión en la que Rodolfo vio una rata y pudo pasar cerca de ella sin presentar respuestas que denotaran su miedo y el control de esfínter nocturno mejoró para la cuarta sesión.

También cabe mencionar que se utilizó la técnica de economía de fichas ya que en ocasiones el niño no hacía los quehaceres en su cuarto, por lo que se le pidió a la madre una lista de estos mismos, dándole entrenamiento en manejo de contingencias con lo que Rodolfo empezó a realizar sus deberes.

Para la sexta sesión Rodolfo llega con un semblante distinto, la mamá menciona que en la escuela lo han visto más abierto con sus compañeros, que ya no hay llanto y que Rodolfo puede dormir sin problemas con la puerta cerrada. Por su parte el usuario menciona que se ha sentido tranquilo y piensa más en sus metas que en sus miedos, reporta haber encontrado un trabajo en un tianguis y que desea leer otro libro. Con estos cambios conductuales y cognitivos se plantea la idea del fin de la intervención terapéutica.

En una octava sesión se hace un cierre debido a que Rodolfo está manejando sus emociones y creencias de manera más adecuada, también se le pregunta ¿Qué es lo que aprendió en terapia? Rodolfo menciona que aprendió que el miedo es algo necesario que le puede salvar la vida en algunos momentos pero que debe controlarlo y que lo ha aprendido, de igual manera conoció el gusto por la lectura y a modificar sus patrones de pensamientos.

La mamá observa a su hijo de manera diferente y con mayores habilidades para controlar el miedo.

De esta manera observamos el impacto de los correctivos cognitivos y el uso de la terapia racional emotiva para aplicarla en fobias. Igualmente podemos observar el cambio en casa a través del manejo de contingencias que se deriva de la terapia puramente conductual.

Caso 2.

La señorita Rosario tiene veintiséis años de edad, reporta ser ingeniero en sistemas perteneciente a un nivel socioeconómico medio alto. Rosario vive actualmente con su madre y su abuela materna. Rosario está actualmente en un tratamiento para poder embarazarse y asistió una vez a consulta psicológica pero únicamente acudió a tres sesiones. El motivo de consulta es debido a que ha tenido problemas en su relación de pareja y con sus proyectos de vida.

El enfoque utilizado con Rosario fue la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers con una duración de 14 sesiones.

Rosario se encuentra en una incongruencia emocional ya que ha alcanzado las metas del “yo ideal” lo que la ha alejado de la experiencia de su yo verdadero.

En estos momentos la usuaria se siente satisfecha con la carrera que tiene ya que se ha desenvuelto en el ámbito laboral pero terminó su relación de pareja hace aproximadamente dos meses. También le gustaría tener un hijo pero en estos momentos está bajo tratamiento ginecológico, ya que es difícil que se embarace. Además de querer vivir en otro lado que no sea con su madre y su abuela.

Ella comenta que este fracaso en su relación de pareja y el hecho de vivir con su abuela y su mamá la han alejado de su experiencia bloqueando su crecimiento positivo.

Un ejemplo de esto es lo siguiente en donde podemos observar también el reflejo simple:

Rosario: Me siento triste porque a pesar de tener mi carrera y un buen trabajo, corte con mi novio y no me gusta vivir con mi abuela y mi mamá.

Terapeuta: Veo que te sientes mal porque has logrado metas, tanto laborales como académicas, pero no has logrado algunos objetivos personales.

Rosario: Si, de hecho estoy en tratamiento para poder embarazarme, que es algo que también quiero pero no tengo una pareja por el momento.

Terapeuta: Estas en tratamiento porque quieres ser mamá pero no tienes una pareja estable.

Con Rosario se demostró desde un inicio la actitud empática, la aceptación positiva incondicional, la congruencia y la comunicación de estas por parte del terapeuta.

Ejemplo de esto es:

Rosario: Con usted me siento más en confianza que en mi otra terapia.

Terapeuta: Sientes más confianza conmigo

Rosario: Si porque mi otro terapeuta siempre me decía que yo o mi mamá éramos las malas.

Terapeuta: Tu anterior terapeuta te juzgaba a ti y a tu mamá.

Rosario: De hecho también sentía que no me ponía atención porque se la pasaba escribiendo y usted siempre me mira a los ojos y está atento a lo que digo. Además cuando salía con mis amigos él me decía que estaba mal y que me dedicará únicamente a mis metas.

Terapeuta: Tu anterior terapeuta tenía una falta de aceptación hacia ti, no te preocupes, yo no estoy aquí para criticar tus acciones, te acepto tal cual eres.

Rosario: Sentía que solo me criticaba, algunas amigas me han comentado que se sienten incomodas cuando su terapeuta es un hombre pero yo me siento bien.

Durante las primeras cinco sesiones se utilizó el reflejo simple con Rosario para acercarla a su experiencia. Ella menciona sentirse bien al platicar muchas de las cosas que tenía guardadas.

Rosario comenta sentirse abandonada y se aplicó una técnica de imaginación guiada llamada "curando al niño interno" debido a que la usuaria siente que ha olvidado sus objetivos y siente inseguridad.

Se le recomendó una lectura y en la quinta sesión se hizo un ejercicio de imaginación guiada para cerrar algunos ciclos con personas a las que no había podido expresarles sus sentimientos. Este ejercicio se realizó para desbloquear el crecimiento positivo debido a la interacción que Rosario tuvo con estas personas durante su vida.

Al finalizar la relajación Rosario está llorando y se utilizó el reflejo de dilucidación durante la terapia y el reflejo de sentimiento.

Rosario: Hace mucho que no veía a estas personas, pero les dije todo lo que tenía guardado para ellas.

Terapeuta: Me doy cuenta que tenías demasiadas emociones que no habías expresado con estas personas.

Rosario: Es que tenía tanto coraje y reproches que hacerle a mi ex novio, y a mi papá, pues, que no entiendo ¿Por qué se fue?, ¿Por qué su distanciamiento?, ¿Por qué me hizo esto?

Terapeuta: Percibo que su ausencia te afectó demasiado y que lo extrañaste mucho.

Rosario: Me hubiera gustado mucho que estuviera conmigo en varias ocasiones, cuando salí de la prepa, y cuando me gradué de la universidad. Durante mucho tiempo me sentí sola, únicamente tenía a mi mamá y a mi abuela.

Terapeuta: Entonces te sentías sola, pero estabas en compañía de tu mamá y de tu abuela.

Rosario: Bueno si pero, pues si, realmente no estaba tan sola, ellas a pesar de todo siempre me acompañaban cuando había algo importante en la escuela, y siempre estuvieron al pendiente de mí. Gracias a Dios nunca me faltó nada, mi mamá se esforzó por darme todo lo que podía y que yo necesitará, no me daba todo pero si lo que podía.

Terapeuta: Veo que lo que te hacía falta entonces fue el cariño y la presencia de tu padre.

Rosario: Me hubiera gustado tener más de él, pero con mi mamá y mi abuela lo tenía, me hizo falta su cariño. Y bueno a mi novio solo le reproche y le dije que era un desgraciado, pero me siento como más ligera.

Terapeuta: Veo que expresaste demasiadas cosas y eso te hace sentir sin cargas emocionales.

Rosario: Me siento libre, como si se hubiera soltado una atadura del pasado.

Posteriormente se le dejó a Rosario escribir una carta hacia estas dos personas con las que no había podido cerrar los ciclos y las quemara para llegar a una catarsis.

Para la sexta sesión Rosario comenta que con el ejercicio de la carta pudo reafirmar el cierre de los ciclos con estas dos personas.

Rosario comienza a acercarse a su propia experiencia ya que comenta que las cosas las comienza a ver de manera distinta.

Para la octava sesión, Rosario comenta que está planeando cambiarse de casa con una de sus primas, su semblante y la manera de expresarse ha cambiado.

Rosario: Ay doc. fíjese que me siento como una tonta por lo que hice.

Terapeuta: Sientes que te equivocaste

Rosario. Pues es que tengo mi carrera, un buen trabajo, siento que me estaba enfrascando en mis problemas. Ahora veo que no es la primera ni la última vez que puede que esté en esta situación.

Terapeuta: Te das cuenta que siempre van a existir los problemas.

Rosario: De que los va a haber los va a haber, pero estas sesiones me han ayudado, ya tengo planteadas mis metas y pues tengo la ilusión de tener a mi bebé, en estos momentos estoy saliendo con alguien pero no quiero depender de esa persona en ningún aspecto de mi vida. Quiero estar con él pero sin que sea una necesidad.

Terapeuta: Quieres tener una relación sin codependencia.

Rosario: Es que parte de eso fue lo que me daño en la relación pasada, querer vivir la vida de alguien más.

Terapeuta: Percibo que ahora estas mas apegada a tu propia experiencia.

Rosario: Me deje, durante mucho tiempo, me abandoné.

Después de algunas sesiones la usuaria reporta lo siguiente:

Rosario: Me doy cuenta de que mi relación era algo destructiva y que no quería darme cuenta de las cosas.

Terapeuta: Identificas que tú querías ver algo muy diferente a lo que realmente era tu ex novio.

Rosario: Ya me quite la venda de los ojos pero también tengo una sorpresa, me voy a ir a vivir con una prima en nuestro departamento de solteras, ya logre lo que quería y créeme que realmente no salgo de mi casa con problemas y pues con lo de mi pasado, son ciclos que siento que ya cerré.

En este momento Rosario ha pasado de los síntomas al yo, del pasado al presente y de los demás a su propia experiencia por lo que podemos decir que el enfoque centrado en el cliente ha cumplido su propósito.

Con esto concluyo el cómo, una persona a partir de sí misma puede llegar a su autorrealización acercándose a su experiencia. Esto se llevó a cabo a partir de la técnica del reflejo la cuál distingue al enfoque centrado en el cliente de cualquier otro. Cabe mencionar que se utilizaron las técnicas de imaginación guiada para apoyar a la persona en su proceso terapéutico, integrándolas, de tal manera que pudieran ayudar a la usuaria a llegar a su yo verdadero.

Caso 3

El señor Alberto tiene treinta y dos años de edad, reporta ser contador público pero no ejerce su carrera en estos momentos. Alberto tiene un nivel socioeconómico medio y vive con sus padres. El motivo de consulta es porque Alberto no sabe qué hacer con su situación laboral, ya que se dedica a atender un negocio familiar. Posteriormente Alberto comenta que padece un problema de eyaculación precoz. El tratamiento duro 18 sesiones.

Alberto se encuentra en una incongruencia emocional debido a la discrepancia existente entre su yo verdadero y su yo ideal. Esto se ve reflejado en el hecho de que Alberto cumple con las peticiones de sus padres dejando de lado las suyas.

Alberto: En estos momentos me dedico a atender una papelería que es de mi familia, de hecho estaba trabajando de contador pero mi mamá y mi papá me dijeron que les ayudará en el negocio porque ellos no pueden atenderlo. Tuve que salirme de trabajar, porque ellos me dijeron que era el negocio familiar y que iba a ser para mí.

Terapeuta: Elegiste salirte de trabajar para atender el negocio de tu familia.

Alberto: Bueno, si lo elegí, es que siempre he hecho lo que me dicen mis papás porque si no se molestan. Y yo pues vivo de lo que sale del negocio y como vivo con ellos pues no me gusta decirles que no.

Terapeuta: Identifico que te sientes comprometido a hacer lo que ellos te piden por el hecho de vivir del negocio que ellos pusieron y bajo su techo.

Alberto: Pues hasta cierto punto, porque siento que tengo obligación pero yo quiero trabajar en otra cosa, salir de mi casa.

Terapeuta: Quieres conseguir trabajo en otro lado.

Alberto: Eso es lo que quisiera pero sin dejar de atender el negocio. No importa de lo que sea, tengo mi carrera pero de lo que encuentre y también me gustaría que mis papás me dejaran de chantajear.

Con esta información se aplicó una técnica de asertividad llamada disco rayado para enseñar a Alberto a decir "no" conjuntamente con un juego de rol. En la siguiente tabla podemos ver como se emplea esta técnica:

Necesito que hagas esto por mí... Le interesaría comprar este artículo el cual...		No quiero No me interesa
Realmente quiero que hagas esto por mí... Esta es una gran oferta que usted debería aprovechar...		No quiero No me interesa
Por favor, si no lo haces me sentiré muy triste... Ayúdeme, necesito hacer esta venta para mantener...	Comprendo cómo te sientes, pero...	No quiero No me interesa
Eres un(a) desconsiderado(a) conmigo... Es usted una persona muy tonta al dejar pasar esta oferta...	Puede que sea un(a) desconsiderado(a) pero... Es cierto soy un(a) tonto(a) pero...	No quiero No me interesa

Después del juego de rol, se le pidió a Alberto que utilizará esta técnica en su vida cotidiana; en primer lugar con personas que tratará poco ya sean vendedores o gente nueva que conociera; en segundo lugar con amigos conocidos y familiares que no fueran tan cercanos; finalmente con sus padres. Se pidió que se realizará de esta manera para hacer un moldeamiento, desde las personas con quienes hay poco trato hasta lograrlo con sus padres.

Para la quinta sesión se continuó con el uso de los reflejos dentro de la terapia y comenzó a usarse las técnicas Taoístas para equilibrar las emociones.

En primer lugar se ocupó la teoría de los cinco elementos ya que Alberto reporta tener algunas emociones encontradas debido a su situación laboral y los problemas que ocasionalmente tiene con sus padres.

Lo primero que se hizo fue mandarlo a cocinar con una pala de madera, sintiendo como si el fuego con el que cocinará fuera parte de él. Del mismo modo se le pidió que la pala de madera la sintiera como suya.

Para la sexta sesión Alberto reporta lo siguiente:

Terapeuta: ¿Cómo te fue con tu tarea de cocinar?

Alberto: Pues me fue bien, fue entretenido.

Terapeuta: ¿Hubo alguna sensación corporal que tuvieras o que hayas identificado?

Alberto: Me ocurrió algo curioso. Estaba cocinando como usted me dijo, sintiendo como si mi pala de madera y el fuego fueran parte de mí, me sentí alegre y tuve una sensación de calor tanto en el pecho como en el abdomen, se sentía bien, alegre.

En esta sesión el usuario comenta que piensa hacer un viaje fuera de la ciudad para buscar trabajo en otro lado.

Para la séptima sesión Alberto comenta que su viaje le sirvió para despejarse de su familia, del negocio y de todo lo que le rodea en la ciudad.

Alberto: El viaje me sirvió para conocer otra ciudad, me distraje y aunque no conseguí trabajo me la pase muy bien. Aunque no encontré chamba, reflexioné sobre lo que voy a hacer ahorita aunque me siento angustiado.

Terapeuta: El viaje fue placentero y te sirvió para la reflexión, pero estas preocupado por lo que vas a hacer.

Alberto: Es que quiero dedicarme a algo más, la verdad te soy sincero, cuando busco trabajo no lo busco de mi carrera pero me doy cuenta que estoy así porque quiero.

Terapeuta: Entonces tú eres el responsable de sentirte así por las decisiones que tomaste.

Alberto: Pues me duele aceptarlo pero así es. Lo que me importa ahorita es lo que voy a hacer, no lo que ya ni como cambiarlo.

Aquí podemos observar que el cliente comienza a centrarse más en el presente en lugar de en el pasado, tomando este únicamente como referente de las decisiones que ha tomado. En esta sesión también se dejó hacer composta al cliente para que trabajara su tierra y disminuyera la ansiedad de acuerdo a la teoría de los cinco elementos.

En la octava sesión, el cliente reporta lo siguiente:

Alberto: Hice lo de la composta en esta semana y si bajo la ansiedad, de hecho, la sensación que tuve fue que al estar moviendo la tierra sentí como si estuviera al mismo tiempo rascando dentro de mí, entre mi abdomen y mi tórax.

Terapeuta: Entonces disminuyo tu ansiedad

Alberto: Fíjate que estuve más tranquilo y de igual manera seguí cocinando, pero eso de la composta si me disminuyo la ansiedad. Por otro lado fíjate que siempre me ha llamado mucho la atención el deporte pero siento que ya fue.

Terapeuta: Sientes que ya eres mayor para dedicarte al deporte.

Alberto: Es que ya tengo treinta y dos años.

Terapeuta: Te estas limitando por tu edad.

Alberto: Es que ya estoy muy grande para dedicarme a eso.

Terapeuta: Por eso, te estas limitando por tu edad.

Alberto: Si, ¿pero crees que pueda hacerlo todavía?

Terapeuta: ¿Tú crees poder hacerlo?

Alberto: Pues, creo que si. Si ya te entendí, solo es tomar la decisión y hacerlo. Por cierto, hay algo que me es difícil comentar, pero te quería decir, tengo un problema de eyaculación precoz.

Alberto comenta que por ser deportista bebe mucha agua, entonces se le deja tarea para el siguiente elemento el cual es el metal.

En esta misma sesión se le pregunto al usuario si el problema de eyaculación precoz ya había sido descartado a nivel orgánico. El usuario comenta que el especialista ya lo reviso descartando problemas médicos en este padecimiento.

De esta manera se le comienza a hablar al usuario de lo que es la práctica del Kung Fu sexual y sus objetivos.

También se le pide al usuario que tome cinco pesos a la semana y se los de, un peso por día a quien vea que necesita ayuda.

En las siguientes sesiones la terapia se centra principalmente en estos ejercicios comenzando por la respiración profunda y los ejercicios musculares. Se explica también lo que es el movimiento de la energía Chi a través de los canales posterior y anterior del cuerpo.

Alberto comenta que ha hecho el desapego del metal aunque le cuesta trabajo.

Terapeuta: ¿Cómo te ha ido con lo del dinero?

Alberto: Pues me ha costado trabajo desprenderme del metal, sin embargo cuando lo doy siento como si una energía negativa de mi se desprendiera, ya sea con la mano derecha o la mano izquierda.

Terapeuta: ¿Desde dónde sientes que se desprende esta energía?

Alberto: Siento que se desprende desde el pecho, y se va.

En este sentido podemos observar que la energía que se va puede ser la de la tristeza que Alberto almacenaba en sus vías respiratorias.

Por otro lado, el cliente ha aprendido a hacer circular la energía sexual a través del canal posterior y anterior.

El primer movimiento de la energía sexual se da en el escroto como un cosquilleo según los taoístas, sensación que Alberto ha reportado. Posteriormente se le enseña al usuario lo que se conoce como la aspiración en frío.

Alberto ha hecho los ejercicios que se le indicaron, tanto musculares como energéticos y reporta lo siguiente:

Alberto: Me cuesta trabajo, enviar la energía hacia abajo, porque la puedo subir, pero cuando quiero cerrar el ciclo cerrando la lengua, me cuesta trabajo bajar la energía.

Terapeuta: Para los hombres es difícil bajar la energía por el canal anterior pero es fácil subirla por el canal posterior. Poco a poco vas a aprender a manejar esta energía.

A la semana siguiente Alberto comenta que le es más fácil mover la energía sexual.

Terapeuta: ¿Cómo te ha ido con los ejercicios?

Alberto: Pues ya me es más fácil mover la energía sexual y es padrísimo, siento que cuando la muevo hacia arriba se esparce por todo mi cuerpo y se va quedando en ciertas partes, por lo regular en el tronco mientras la subo, pero alcanzo a sentir cierto calor y cosquilleo.

Aunque Alberto no tiene pareja sexual por el momento comenta que ha realizado los ejercicios de Kung Fu sexual, después de esto se le explica el ejercicio de la gran aspiración ya que ha dominado los ejercicios principales.

Por su parte Alberto comenta que:

Alberto: Ya decidí que me voy a meter a un curso de maestro de gimnasia y si me quedo en el negocio familiar no le hace, de ahí sale dinero para lo que necesito, y si por el otro lado, hay algo de trabajo pues, lo voy a tomar.

Terapeuta: Ya tomaste la decisión entonces de que te quieres dedicar al deporte y aparte tener tus ingresos de otra manera.

Alberto: si, eso es a lo que me quiero dedicar.

Al cabo de las sesiones, Alberto decidió dedicarse al deporte y comenta que está más tranquilo y centrado en lo que le gusta, el deporte y si se le presenta otra oportunidad de trabajo de igual manera la va a tomar.

En este caso podemos ver como se retoma la filosofía taoísta para llegar a un equilibrio emocional y evitar la eyaculación precoz del cliente. También hay que resaltar el uso del reflejo para que el cliente se acercara a su experiencia y se acercará a su yo verdadero. Por otra parte, fue necesario enseñar al cliente técnicas de asertividad, debido al problema que le causaba decir "no" a lo que se le pedía o proponía.

CONCLUSIONES

En la presente tesina podemos ver la revisión teórica que se hizo dentro de las corrientes conductual, cognitivo conductual, humanista de Carl Rogers y terapias alternativas como el taoísmo, y las técnicas que utiliza cada una de ellas.

En el reporte de los casos podemos encontrar la aplicación de dos corrientes diversas las cuales son funcionales en los problemas que presentaron los usuarios.

En el tercer caso a pesar de combinar el humanismo con una técnica conductual y métodos taoístas, se observa cómo influyen en el proceso terapéutico de la persona. Esto se hizo respetando la metodología de cada una de las corrientes. A pesar de que se nos enseña que en la teoría no se deben de combinar ciertos métodos por las contradicciones que existen en sus raíces, tanto teóricas como filosóficas, en la práctica podemos llegar a usar las diversas estrategias que se nos proporcionan por parte de cada corriente. Me atrevo a llamarlo una praxis dentro del ámbito psicológico, por la razón de que en este trabajo se muestra la funcionalidad de estas técnicas que se requieren de acuerdo a la problemática de la persona.

El cliente encontró solo sus respuestas y lo que se realizó fue únicamente acompañarlo dentro de su proceso de crecimiento personal con lo que concluyo que el enfoque centrado en la persona sirve para que la persona viva y se acerque a su experiencia desde la introspección que hizo a lo largo de la terapia.

Puede parecer sencillo únicamente utilizar la técnica del reflejo pero este debe de hacerse de manera precisa, ya que en la dilucidación el usuario puede omitir detalles que pasa por alto los cuales son esenciales para comprender el estado en el que se encuentra. Por parte de las técnicas Taoístas, estas son de gran apoyo y, aunque algunas no se pueden verificar a través del método científico, lo que importa es la experiencia que tiene la persona cuando lo vive por sí mismo.

Se critica demasiado a la filosofía de las religiones por tener una visión dogmática del mundo, pero en ellas podemos encontrar un conocimiento que va mas allá de

la misma visión dogmática del cientificismo positivista que existe en nuestros tiempos. Claro ejemplo de esto es que los antiguos taoístas llegaron a conocer demasiado, tanto el cuerpo como las energías del ser humano hace miles de años y sin tener o conocer si quiera el método científico.

Parafraseando a Ken Wilber en su libro *Los tres ojos del conocimiento* (2006), el menciona que hay tres campos de conocimiento en los que nos podemos desenvolver, el primero es el perceptual y se refiere a todo lo tangible, que podemos ver tocar oler, escuchar, el mundo que se conoce a través de los sentidos; el segundo es el de las ideas, donde encontramos la filosofía, la abstracción del mundo material, las matemáticas; y por último el campo espiritual y ninguno de ellos puede explicar al otro con los mismos métodos.

No se puede dejar de lado las herramientas que podemos encontrar en distintos enfoques, equivaldría a reducir a la persona a pulsiones sexuales o solo conductas las cuales podemos modificar o extinguir. Sin embargo el uso de la asertividad fue ocupado dentro del tercer caso debido a un problema específico y que por su naturaleza, fue práctico intervenir de esta manera, mostrando que los resultados fueron satisfactorios para el usuario. No se deja de lado que en la mayor parte del proceso lo aplicado fue el humanismo, pero este es el mejor ejemplo de la riqueza que encontramos en cada enfoque y que en la práctica, es posible reunir más de un solo método o técnica, siempre y cuando se respeten los lineamientos y metodologías de éstos.

En el primer caso se abordó la terapia cognitivo conductual por la naturaleza del problema y el usuario.

En la etapa infantil se requiere que a veces nos guíen, ya que no es difícil ver nuestros problemas y aunque logramos identificarlos, no siempre es fácil encontrar la solución adecuada.

La terapia cognitivo conductual ofrece una amplia gama de procedimientos para poder deshacernos de lo que son fobias, ansiedad, estrés y otras emociones y sensaciones, es el motivo de la elección en el primer caso.

Por su parte el usuario tuvo una actitud positiva, tanto al tratamiento como apoyo al terapeuta, mostrándose empático y cooperador.

La actitud del terapeuta es esencial dentro de los procesos ya que si no se muestra el rapport desde un principio puede truncar el proceso.

Este enfoque teórico es directivo, pero el tipo de problemática se ajusta adecuadamente debido a la gran cantidad de información e investigación que se ha hecho en el tratamiento de estos padecimientos.

El objetivo se logró en el tiempo que dura una terapia breve que es de entre ocho y seis sesiones, pero no hay que dejar de lado que el usuario es el que hace la mayor parte del trabajo dentro de la terapia, ya que en él está la decisión del cambio y aún más relevante tratándose de un niño de nueve años.

En el segundo caso pudimos observar como una usuaria estaba alejada de su experiencia debido a una gran incongruencia entre el yo ideal y el yo verdadero.

En este caso se llevo completamente dentro del enfoque humanista debido a que la persona encontró fácilmente su camino pese al número de sesiones, pero no debemos olvidar que es el mismo usuario quien conoce su proceso, conoce su experiencia y es quien decide en que parte del proceso ha avanzado lo suficiente para poder darse autoapoyo.

Esta persona comenta percibir la empatía por parte del terapeuta, indicador importante dentro del enfoque humanista al mismo tiempo que se le brinda la aceptación positiva incondicional y la congruencia.

Los ejercicios de imaginación guiada, a pesar de que vienen de la terapia conductual y cognitivo conductual, sirven de bastante apoyo para algunos procesos o momentos en los que el usuario tiene la necesidad de encontrar a cosas en el pasado, cerrar ciclos, sentirse lejos del mundo en el que se encuentra en el momento y algunos otros. Aquí vuelvo a poner énfasis en la importancia que tienen las diversas formas en las que se puede llevar un proceso terapéutico dejando de lado lo rígido y cuadrado de la teoría.

En general, como lo mencioné desde un principio, más que comparar el tipo de tratamientos o buscar quien tiene la razón dentro de un marco teórico de la psicología, busque encontrar lo práctico de las diversas escuelas aquí citadas, ya sea mediante el conocimiento científico o empírico, cada una tiene sus propios aportes dentro del área. Los casos y resultados así lo muestran y lo demuestran.

Mucho se habla de buscar el enfoque correcto de acuerdo a la situación del usuario y su problemática personal, ya que estamos trabajando con la salud mental de las personas, pero no podemos limitarnos únicamente a ver al ser humano con un solo lente. La diferencia cultural, económica y social del ser humano es tan variada incluso en una misma ciudad, que debemos, como profesionales de la salud, ampliar nuestros métodos para lograr el máximo crecimiento de la persona y el cómo se desenvuelve en su contexto, sin olvidar claro, que es la misma persona la que debe tener en un inicio el deseo de ayudarse.

Hace mil años se pensaba que la tierra era cuadrada, hace casi quinientos años se desconocía el otro lado del mundo, hace veinticinco años, la enseñanza en Iztacala era puramente conductual, no podemos evitar el progreso y la instrucción de nuevas ideas y mucho menos olvidar los saberes que se han generado a lo largo de la historia, es necesario abrirse a nuevas y antiguas formas de tratamientos.

Por último solo quiero añadir que la experiencia terapéutica es satisfactoria y en ocasiones el terapeuta aprende más del usuario que el usuario del terapeuta.

Bibliografía

1. Beck, S. (2000). La conceptualización cognitiva. En: **Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización**(31-44).España: Gedisa.
2. Braud, W. & Anderson, R. (1998). A preview of new methods. En: **Transpersonal research methods for the social sciences** (27-31). Inglaterra: Sage.
3. Butcher, J., Mineka, S., &Hooley, J. (2007). Terapia. En. **Psicología clínica** (563-600). España: Pearson.
4. Castañedo, C. (2005). Abraham Maslow (1908-1970). En: **Psicología humanística norteamericana** (46-73). México: Herder.
5. Castañedo, C. (2005). Apuntes sobre los enfoques existenciales humanísticos en psicoterapia. En: **Psicología humanística norteamericana** (323-332). México: Herder.
6. Castañedo, C. (2005). Carl Rogers (1902-1987). En: **Psicología humanística norteamericana** (74-87). México: Herder.
7. Castañedo, C. (2005). Nacimiento de la tercera fuerza o psicología humanística. En: **Psicología humanística norteamericana** (21-34). México: Herder.
8. Chia, M. (2009). La meditación de la orbita microcosmica. En: **Sistemas taoístas para transformar el estrés en vitalidad** (63-66). España: Sirio.
9. Chia, M. (2009). ¿Qué es la curación taoísta? En: **Sistemas taoístas paratransformar el estrés en vitalidad** (17-26). España: Sirio.
10. Chia, M. (2009). La sonrisa interior. En: **Sistemas taoístas paratransformar el estrés en vitalidad** (29-59). España: Sirio.
11. Chia, M. &Abrams, D. (2010). Conócete a ti mismo. En: **El Hombre multi-orgásmico** (33-56). España: Neo Person.
12. Chia, M. &Abrams, D. (2010). Convertirse en un hombre multiorgasmico. En: **El Hombre multi-orgásmico** (57-111). España: Neo Person.
13. Chia, M. &Abrams, D. (2010). Tienes la prueba en tus pantalones. En: **El Hombre multi-orgásmico** (23-31). España: Neo Person.

14. Compas, & B., Gotlib, I. (2002). Psicoterapia: Enfoques humanista, existencial y experiencial. En: **Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica** (341-365). México: Mc Graw Hill.
15. Compas, B.&Gotlib, I. (2002). Una Mirada a la psicología clínica. En: **Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica** (3-25). México: Mc Graw Hill.
16. Ellis, J. (2005). Condicionamiento operante. En: **Aprendizaje humano** (59-93). España: Pearson.
17. Ellis, J. (2005). Conductismo y condicionamiento clásico. En: **Aprendizaje humano** (37-58). España: Pearson.
18. Fernández, E., Martín, M., & Domínguez, J., (2005). La emoción. En: **Procesos psicológicos** (293-337). España: Pirámide.
19. García, A. (2011). El adolescente, sus emociones y el vínculo con los elementos en la sociedad urbana actual. En: Rivera, M. **El adolescente y sus procesos corporales II** (71-103). México: CEAPAC.
20. Grof, S. (1989). La naturaleza de la realidad: el alba de un nuevo paradigma. En: **Psicología transpersonal**(19-113). España: ISBN.
21. Grof, S. (2006). Cuestiones espirituales en psicoterapia. En: **La conciencia transpersonal**(129-144). España: Kairós.
22. Grof, S. (2006). Historia del movimiento transpersonal. En: **La conciencia transpersonal**(19-33). España: Kairós.
23. Gross, R. (1998). Naturaleza científica de la psicología. En: **Psicología. La ciencia de la mente y la conducta** (21-47). México: Manual Moderno.
24. Kellog, G. (2007) Introduction. En: **Fundamentals of cognitive psychology** (1-30). Estados Unidos: Sage.
25. Lafarga, J. (1986). Características de una relación de ayuda, Carl Rogers. En: **Desarrollo del potencial humano** (81-96). México:Trillas.
26. Lafarga, J. (1986). Contexto histórico del enfoque centrado en la persona, Juan Lafarga. En: **Desarrollo del potencial humano**(24-56). México: Trillas.
27. López, S. (2002). **Lo corporal y lo psicósomático. Aproximaciones y reflexiones I**. México: Zendová.

28. Martorrell, J. (2004). Psicoterapias cognitivas. En: **Psicoterapias escuelas y conceptos básicos** (88-99). España: Pirámide.
29. Martorrell, J. (2004). Psicoterapias humanistas y existenciales. En: **Psicoterapias escuelas y conceptos básicos** (71-87). España: Pirámide.
30. Martorrell, J. (2004). Terapia de conducta. En: **Psicoterapias escuelas y conceptos básicos**(59-69). España: Pirámide.
31. Phares, E. &Trull, T. (2003). Panorama histórico de la psicología clínica. En: **Psicología clínica. Conceptos, métodos y prácticas** (31-55). España: Thomson.
32. Phares, E. &Trull, T. (2003). Psicología clínica: una introducción. En: **Psicología clínica. Conceptos métodos y prácticas** (3-30). España: Thomson.
33. Phares, E. &Trull, T. (2003). Psicoterapias: Perspectivas Fenomenológica y Humanista-Existencial. En: **Psicología clínica. Conceptos, métodos y prácticas** (351-377). España: Thomson.
34. Pintos, E. (1996). Significado y fundamento de la psicología transpersonal. En: **Psicología Transpersonal**(13-34). México: Plaza y Valdés.
35. Reynoso, L. &Seligson, I. (2005). Antecedentes. En: **Psicología clínica y de la salud un enfoque conductual**(1-18). México: Manual Moderno.
36. Reynoso, L. &Seligson, I. (2005). Estrategias de intervención. En: **Psicología clínica y de la salud un enfoque conductual**(57-78). México: Manual Moderno.
37. Sanchez, P. (2008). La intervención psicológica. En: **Psicología clínica** (319-328). México: Manual Moderno.
38. Sanchez, P. (2008). La psicología clínica como campo profesional. En: **Psicología clínica**(1-16). México:Manual Moderno.
39. Weiner, I. (1992). Métodos de intervención. En: **Métodos en psicología clínica**(391-452). México: Limusa.
40. Wilber, K. (2004). El yo en la trascendencia. En: **La consciencia sin fronteras** (162-184). España: Kairós.
41. Wilber, K. (2006). **Los tres ojos del conocimiento**. España: Kairós.