



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Psicoterapia cognitivo-conductual: De la primera a la
tercera generación”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G I A

P R E S E N T A:

Imer Antúñez Cantor

Directora: Dra. Norma Coffin Cabrera

Dictaminadores: Dra. Benita Cedillo Idefonso

Lic. Ángel Francisco García Pacheco

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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Mamá:

Gracias por el apoyo incondicional que me ha dado a lo largo de toda mi vida, por la confianza depositada en mí, así como el cariño, la comprensión y los esfuerzos que ha realizado. Gracias por todos los consejos que me ha regalado, las palabras de aliento y todo el amor que me ha brindado.

A mis Hermanas:

Por la comprensión, la motivación y los buenos momentos que han pasado a mi lado, por el apoyo, la confianza y el cariño que me han dado. Gracias Mary, Nora y Mayra.

A Victor:

Gracias por la amistad, la compañía, el apoyo, las palabras, los consejos y el impulso que me has brindado durante todos estos años. Gracias por ser la persona que eres.

Maestra Norma:

Gracias por el tiempo, la paciencia y la asesoría que me dio en esta etapa de mi vida, por el apoyo y por las sonrisas que me regaló.

Maestra Benita y Maestro Ángel:

Gracias por la asesoría, por las palabras de aliento y el tiempo dedicado.

INDICE

| | |
|---|----|
| Introducción | 5 |
| Capítulo 1. Terapia de primera generación. | |
| Terapia Conductual Clásica..... | 8 |
| 1.1 Desarrollo histórico..... | 8 |
| 1.2 Técnicas de la Terapia Conductual..... | 10 |
| 1.2.1 Moldeamiento..... | 10 |
| 1.2.2 Encadenamiento..... | 11 |
| 1.2.3 Extinción..... | 12 |
| 1.2.4 Economía de fichas..... | 12 |
| 1.2.5 Contratos conductuales..... | 13 |
| 1.2.6 Técnicas aversivas..... | 14 |
| 1.2.7 Técnicas de autocontrol..... | 14 |
| 1.2.8 Técnicas de modelado..... | 15 |
| 1.2.9 Técnica de auto instrucción..... | 16 |
| | |
| Capítulo 2. Terapia de segunda generación. | |
| Terapia Cognitivo – Conductual..... | 17 |
| 2.1 Desarrollo histórico..... | 18 |
| 2.2 Técnicas de la Terapia Cognitivo – Conductual..... | 19 |
| 2.2.1 Reestructuración cognitiva..... | 20 |
| 2.2.1.1 Terapia cognitiva de Beck para la depresión..... | 21 |
| 2.2.1.2 Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis | 22 |
| 2.2.2 Desensibilización sistemática (DS)..... | 23 |
| 2.2.3 Entrenamiento en habilidades sociales..... | 24 |
| 2.2.4 Asertividad..... | 24 |
| 2.2.5 Inoculación al estrés..... | 25 |
| 2.2.6 Solución de problemas..... | 26 |
| 2.2.7 Toma de decisiones..... | 27 |
| 2.2.8 Juego de roles..... | 28 |

Capítulo 3. Terapia de tercera generación.

| | |
|---|----|
| 3.1 Desarrollo histórico..... | 30 |
| 3.2 Técnicas de la Terapia de Tercera Generación..... | 31 |
| 3.2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)..... | 31 |
| 3.2.2 Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)..... | 33 |
| 3.2.3 Terapia de Conducta Dialéctica..... | 34 |
| 3.2.4 Terapia de Activación Conductual..... | 35 |
| 3.2.5 Mindfulness..... | 37 |
| 3.2.6 Terapia Integral Conductual de pareja..... | 38 |

Capítulo 4. Ejemplo de aplicación.

| | |
|--|----|
| Presentación del caso..... | 40 |
| 4.1 Manejo clínico con Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC)..... | 48 |
| 4.2 Propuesta de tratamiento con Técnica de Aceptación y Compromiso (TAC)... | 49 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Consideraciones finales | 61 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Conclusiones | 63 |
|---------------------------|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Bibliografía | 65 |
|---------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| Anexos | 69 |
|---------------------|----|

INTRODUCCIÓN

Hablar de psicoterapia presupone una labor compleja, ya que si nos enmarcamos dentro de la disciplina psicológica, nos encontraremos con un gran abanico de posibilidades con relación a las técnicas utilizadas en psicología clínica, derivadas de los diversos enfoques y marcos teóricos de referencia. Por otra parte, si nos ubicamos por el lado del cliente, nos enfrentamos a las creencias y prejuicios con respecto al proceso psicoterapéutico, creyendo a menudo que es una simple charla o bien, recuperamos la imagen del diván psicoanalítico.

Con base en esto, se debe tomar en cuenta que ningún enfoque es más importante que otro; sin embargo, es necesario tener claridad en cuanto al desarrollo de los procedimientos, así como de las herramientas y resultados que nos ofrecen, lo cual contribuirá a tener un mejor matiz en relación a la formación profesional del psicólogo y al desempeño de un mejor servicio.

Cada uno de los enfoques de los cuales derivan las distintas psicoterapias nos ofrecen ventajas y desventajas en relación a los procedimientos utilizados, no obstante, de acuerdo a Bernstein y Nietzel (1985), es necesario contar con un modelo de referencia, pues ello ayudará a tomar decisiones sistemáticas y estructuradas con respecto al trabajo psicoterapéutico.

Es necesario mencionar que existen diversas discusiones en cuanto al carácter científico de los modelos en Psicología. Según Gross (1998), una ciencia debe implicar un objeto de estudio, construcción de una teoría, prueba de hipótesis y recolección de datos a partir del empleo de métodos empíricos.

Con lo anterior, es importante destacar que a menudo las discusiones en torno a la cientificidad giran en torno a un carácter de tipo ideológico, por lo que se reafirma el hecho de que no se deben menospreciar a los diversos modelos en psicoterapia, pues evidentemente, tanto el modelo psicodinámico, como el modelo conductual han tenido una importante presencia dentro de la psicología clínica.

Los modelos mencionados han seguido distintas rutas en la psicoterapia. Así pues, se han delineado diversos avances en cuanto a técnicas y procedimientos, por lo que el presente trabajo, se enfocará al modelo conductual, el cual se considera de carácter científico al retomar procedimientos sistemáticos y

rigurosos, derivados principalmente del análisis experimental de la conducta. (Phares y Trull, 1999).

En referencia al modelo conductual, se pueden resaltar diversos avances en cuanto a las perspectivas teóricas y desarrollo de procedimientos; en este sentido, se pueden destacar tres momentos o generaciones de dicho modelo de acuerdo a Hayes (2004, en Luciano y Sonsoles, 2006):

La primera generación, que se refiere a la terapia de conducta clásica apoyada en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias, con técnicas fundamentadas en la investigación básica sobre el manejo de las contingencias.

A pesar de los resultados obtenidos dentro de la terapia conductual clásica, los cuales aún siguen vigentes, existieron otros aspectos que no se pudieron abarcar; es así que se alentó la necesidad de centrarse sobre la dimensión cognitiva, y formalizando las aproximaciones clínicas que conocemos como terapias cognitivo-conductuales, las cuales conforman la segunda generación de terapias y que asumieron las técnicas centradas en el cambio por contingencias, pero otorgando un papel primordial a los eventos cognitivos como eje causal y mecánico del comportamiento.

Dichas terapias han resultado exitosas, aunque presentan importantes limitaciones, ya que la explicación y los modos de alteración que ofrecen de los problemas son funcionalmente equivalentes a los establecidos culturalmente. De esta forma, no han proporcionado una base experimental sobre la formación, derivación y alteración de los eventos privados, ni de las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones.

Con lo anterior, fue de gran importancia un nuevo enfoque, de aquí, que la tercera generación de terapias representa un salto cualitativo, ya que las técnicas que engloba están orientadas, no a la evitación - reducción de síntomas-, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder.

Las terapias de tercera generación apuestan un cambio de diferente nivel al que proponen las terapias previas. No se centran en la eliminación de los

síntomas cognitivos para así alterar la conducta del paciente, sino que se orientan a la alteración de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos.

Con base en la aproximación en los tres momentos del modelo conductual, es necesario hacer una revisión más detallada de las técnicas y procedimientos de cada generación, lo cual, permitirá tener un panorama más amplio en relación a los alcances y limitaciones de cada una de las técnicas desarrolladas.

El objetivo general de la presente tesina partirá del análisis documental desde la psicoterapia conductual, para describir las particularidades de las técnicas existentes, haciendo mención de los antecedentes históricos y generalidades teóricas de cada generación de terapia conductual, destacando sus características, usos y aplicaciones, para después presentar un caso con dos aproximaciones de tratamiento correspondientes a la segunda y tercera generación.

Los objetivos específicos serán:

- Describir las características de las principales técnicas de las tres generaciones de terapia conductual.
- Describir ventajas y desventajas de las técnicas de las tres generaciones de terapia conductual.
- Ejemplificar la aplicación de algunas de las técnicas de dos generaciones de terapia conductual.

CAPITULO 1: TERAPIA DE PRIMERA GENERACIÓN

Terapia Conductual Clásica

Se le considera a la terapia conductual, o también llamada modificación de la conducta, como una variedad de técnicas específicas desarrolladas a partir de diversos paradigmas, por ejemplo, desensibilización sistemática basada en el condicionamiento clásico, tratamientos de modelado establecidos en lo aprendido de la observación, entrenamiento para la autoinformación y biorretroalimentación basados en el condicionamiento operante (Kendall y Norton, 1988).

De lo anterior, se puede destacar que las técnicas conductuales descansan sobre una base de las distintas aproximaciones del enfoque conductual. En este sentido, el interés del terapeuta conductual se centrará en detectar la queja del cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz.

En la terapia conductual se asume que los trastornos psicológicos son el resultado de experiencias inadaptadas de aprendizaje en que las fuerzas ambientales conforman y mantienen conductas indeseables. Así, el terapeuta se valdrá del análisis funcional conductual, el cual consistirá en la evaluación de la conducta observable, la identificación de mecanismos de control y una posterior modificación para generar cambios (Leitenberg, 1982).

Ahora bien, es necesario mencionar que existen diversas técnicas para la modificación de la conducta, las cuales sirven para modificar distintas conductas indeseables. A continuación se describe el panorama histórico que permitió el desarrollo de la terapia conductual y la descripción de algunas técnicas.

1.1 Desarrollo histórico

En el desarrollo histórico de la terapia conductual, se encuentran distintas líneas teóricas que contribuyeron a su desarrollo y consolidación, no obstante, es importante mencionar que en este punto se debe prestar especial atención a las contribuciones derivadas del conductismo radical, ya que es necesario distinguir

dichas teorizaciones en relación a los puntos que toma la terapia cognitivo – conductual.

A manera de síntesis, se ubicarán tres momentos históricos que contribuyeron al desarrollo de la modificación de la conducta (Ross, 1987):

Los primeros antecedentes los encontramos entre 1896 y 1938, período que se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. De acuerdo a lo anterior, el objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla va a seguir los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

En segundo lugar, se ubicará el desarrollo de las teorías neoconductistas del aprendizaje entre 1938 y 1958, resaltando el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales se sientan las bases de intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales.

Finalmente, un momento entre 1958 y 1970 se delinearé como el de consolidación, ya que la modificación de conducta se aplica con grandes resultados a problemas que hasta el momento no eran abordadas con éxito como es el caso del lenguaje, retraso mental, delincuencia y autismo, entre otros, así mismo, en este momento de la psicología conductual se le da más peso al campo de la aplicación que al teórico, además de que centra su atención en procesos cognitivos como son la memoria, la percepción y la atención, en lugar de los procesos de aprendizaje y de condicionamiento.

Se destacará por parte de las técnicas operantes, su incidencia en problemas del lenguaje, retraso mental, autismo y conductas asociales, de esta manera, se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes.

Por otro lado, se desarrollarán técnicas de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como técnicas basadas en la prevención de respuestas, la evitación y la aversión. El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico.

Con base en el desarrollo histórico que contribuyó a la terapia conductual, se pueden destacar varios aportes que están presentes en las diversas técnicas de la modificación de la conducta.

1.2 Técnicas de la Terapia Conductual

Las características que conllevan las técnicas de la terapia conductual o modificación de la conducta estarán íntimamente relacionadas con los principios básicos de las teorías conductuales, principalmente el conductismo clásico y el conductismo operante. En este sentido, Kazdin (1996), destaca técnicas como el moldeamiento, encadenamiento, la extinción, economía de fichas, contratos conductuales, técnicas aversivas, técnicas de autocontrol, técnicas de modelado y técnicas de auto instrucción, mismas que se revisan a continuación.

1.2.1 Moldeamiento

Es un procedimiento en el que se refuerza a una conducta meta mediante aproximaciones sucesivas. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez se dispensará sólo ante tal conducta.

En el moldeamiento se busca formar una conducta que no está dentro del repertorio del sujeto, en tanto, el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible, en este sentido, se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir. Sucesivamente, el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad.

Las aplicaciones del moldeamiento dentro de la terapia de la conducta tienen que ver principalmente con la educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica y la disfunción sexual.

En relación a las aplicaciones del moldeamiento, se podrá observar que se buscarán crear conductas para beneficio del cliente, en este sentido, el terapeuta identificará aquellas condiciones de respuesta para poder favorecer de manera progresiva las distintas metas, así pues, es de vital importancia la recurrencia al reforzador, el cual, será la base en el moldeamiento (Kazdin, 1996).

1.2.2 Encadenamiento

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya existen en el repertorio del sujeto mediante el reforzamiento de sus combinaciones. Se busca conseguir una unidad funcional que se componga de elementos conductuales preexistentes, de manera que éstas se unan a nuevas conductas.

La aplicación del encadenamiento se basa en el supuesto de que se disponga de elementos para una nueva conducta. El encadenamiento puede ser utilizado en diversos ámbitos, particularmente, se destaca en el autocuidado, el desarrollo de la fluidez verbal y aspectos relacionados a las habilidades académicas.

Algunas de las habilidades en autocuidado son el vestirse, comer y la limpieza personal, cabe señalar, que dichas actividades son de incidencia particular en la educación especial. En cuanto a la fluidez verbal, se considera el hecho de conseguir dicción integrada de sonidos, ya sea para constituir palabras o flujos verbales más amplios, también el ritmo y la entonación formarán parte de esta aplicación.

Finalmente, en las habilidades académicas se destacan diversas actividades, por ejemplo, en la organización del discurso. Los argumentos pueden exponerse de una u otra manera, cuyo encadenamiento es importante de acuerdo al objetivo pretendido, se parte del contenido temático, dado quizá en varias unidades, desde proposiciones o frases, hasta párrafos o capítulos, y se trata de darle forma. Una vez que se sabe lo que se va a decir, se ordenarán las ideas.

1.2.3 Extinción

El procedimiento de extinción consiste en suprimir el reforzador de una conducta previamente reforzada, es decir, establece las condiciones para que el sujeto no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas, lo cual, dará como resultado la reducción de la conducta.

Para la aplicación de la extinción, se debe tomar en cuenta que es un procedimiento de reducción gradual, el cual, depende de la historia y el programa de reforzamiento de la conducta desadaptada, el nivel de privación del individuo, así como de los refuerzos que eran contingentes a la conducta indeseable.

Debe considerarse que la aplicación de la extinción produce usualmente un incremento en la frecuencia e intensidad de la respuesta en los primeros momentos de aplicación (explosión de respuestas), así como variaciones importantes en su topografía. Produce un posible aumento de comportamientos agresivos o emocionales inherentes al procedimiento y la llamada recuperación espontánea, en donde la respuesta puede reaparecer tras un lapso de tiempo en que la conducta bajo extinción había desaparecido.

Los ámbitos de aplicación de la extinción más comunes tienen que ver con la mala conducta de niños, creación de malos hábitos y agresividad en las personas (Kazdin, 1996).

1.2.4 Economía de fichas

Los programas de economía de fichas son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, lo cual, permite controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas. La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas y alterar la frecuencia con que éstas se presentan y aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, por ejemplo: el salario, la maestra que da puntos a los alumnos que trabajan bien para que los canjeen por un rato de recreo adicional, o los proveedores que dan puntos a sus clientes habituales para que puedan cambiarlos por productos gratis.

La implementación de un programa de economía de fichas implica tres fases:

- a) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado. Se establece la ficha como refuerzo generalizado y se remarca el valor que tiene el intercambio, apareando el estímulo neutro (la ficha) a un reforzador.
- b) Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas. Se entregan las fichas de manera contingente a las conductas que se desee establecer o incrementar, bajo un sistema justo y flexible.
- c) Fase de desvanecimiento. Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas, el paso siguiente debe consistir en mantener esas conductas establecidas, bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto.

Las razones por las que debe retirarse el programa es el hecho de que éste supone un sistema artificial, que tiene un costo de tiempo y de recursos, el cual, no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca. No obstante, esto se evita mediante el dominio de lo que es un sistema motivacional de economía, lo cual difícilmente se adquiere. Pocos especialistas en esta terapia poseen el conocimiento necesario para lograr el éxito, por lo cual en la mayoría de los casos lleva al fracaso, habiendo sido mejor no haberlo implementado.

La aplicación de la economía de fichas es variada, desde la educación especial, la disminución de hábitos, fobias y creación de conductas.

1.2.5 Contratos conductuales

Un contrato conductual es un documento escrito que explicita las acciones con las que el cliente esté de acuerdo en realizar, estableciendo las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo; tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingentes en relación a conductas

específicas de los firmantes del contrato. Los contratos son especialmente útiles para personas con escasa capacidad de autorreforzamiento.

Los contratos conductuales sirven para ayudar a la persona o personas implicadas a iniciar determinadas conductas específicas, señalando cuáles deben llevar a cabo y cuáles no, además, permite aclarar las consecuencias derivadas de llevar a cabo o no una determinada conducta, lo cual, permitirá establecer un control más adecuado de las conductas de acuerdo a los intereses propios.

La aplicación de contratos conductuales puede ser de gran utilidad en problemas que impliquen relaciones, por ejemplo, la pareja, amistades o el trabajo en grupo.

1.2.6 Técnicas aversivas

Las terapias aversivas intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado con una estimulación desagradable, interna o externa, por otro lado, pretenden reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para el sujeto, lo cual, permitirá la ausencia de la conducta.

En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva, así como que el desarrollo de tal conexión y el progreso de la misma generen una situación tal en el individuo, fisiológica o cognitiva, provocando un cese total en la emisión del comportamiento a eliminar.

Las aplicaciones de las técnicas aversivas son numerosas, desde la eliminación de malos hábitos, hasta el control de conductas no aceptadas, no obstante, se debe considerar en dichas técnicas el aspecto ético, dado que puede existir relatividad en lo que se considere como inadecuado (Kazdin, 1996).

1.2.7 Técnicas de autocontrol

Los programas de autocontrol tienen como objetivo que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su

repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario.

El programa de entrenamiento de autocontrol se lleva a cabo en las siguientes fases:

1. Autoobservación. Se enseña al paciente a operativizar sus problemas, para posteriormente obtener datos sobre las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
2. Establecimiento de objetivos. El paciente decide el nivel de control que quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
3. Entrenamiento en técnicas y establecimiento de criterios de ejecución. En esta fase se deciden las técnicas de autocontrol en las que se entrenará al cliente, a su vez, se establecen las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento, es decir, qué se compromete a hacer el cliente y en qué momentos.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real. Una vez que el entrenamiento se ha llevado a cabo en la consulta, el siguiente paso es la puesta en práctica de lo aprendido en su vida diaria.
5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta. Ya que el sujeto empieza a afrontar situaciones reales, la tarea en las sesiones con el terapeuta consistirá en revisar las aplicaciones concretas realizadas, analizando las dificultades y problemas surgidos para su solución.

Como se puede apreciar, las técnicas de autocontrol ofrecen una gran gama de posibilidades en relación a la aplicación, cabe señalar, que dicha técnica se centra en las conductas específicas del sujeto.

1.2.8 Técnicas de modelado

Es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como un estímulo para generar la misma conducta en otras personas que observan la actuación del modelo. El procedimiento básico del modelamiento es muy simple, consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamientos.

Las técnicas de modelado intentan enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en un contexto determinado, más que respuestas imitativas simples.

El modelado puede utilizarse para aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional o afectiva. Las distintas técnicas de modelado difieren en su utilización según se use con un objetivo u otro.

A continuación, se destacan tres fases de aplicación de las técnicas de modelado:

- a) Preventiva. Promoción de prácticas de mantenimiento de la salud, mejora del cuidado personal y de las personas allegadas.
- b) Tratamiento de problemas desarrollados. Fobias y ansiedad, déficit en habilidades sociales y asertividad.
- c) Educación: Entrenamiento de los agentes terapéuticos, cónyuges, padres, directivos o el propio cliente (Kazdin, 1996).

1.2.9 Técnicas de auto instrucción.

El entrenamiento en autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

La modificación del diálogo interno requiere del uso combinado de diversas técnicas conductuales. El entrenamiento autoinstruccional se utiliza con mucha frecuencia para modificar o contrarrestar los efectos de “pensamientos automáticos” que interfieren con la ejecución correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación.

El entrenamiento autoinstruccional se ha aplicado fundamentalmente a problemas infantiles y en personas con problemas de deficiencia mental o esquizofrenia. La aplicación de esta técnica en adultos con problemas de ansiedad, estrés, dolor o autocontrol, llevó a la inclusión de nuevos elementos terapéuticos y fases durante el entrenamiento (Kazdin, 1996).

CAPITULO 2: TERAPIA DE SEGUNDA GENERACIÓN

Terapia Cognitivo – Conductual

El modelo cognitivo – conductual parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes (Meinchenbaum, 1998).

De lo anterior, se puede destacar un modelo más amplio en relación a la concepción de la conducta del ser humano, pues a diferencia de la terapia conductual clásica, el modelo cognitivo – conductual abarcará tanto el aspecto observable de la conducta, como aquellos procesos internos que se ven inmiscuidos en las acciones de los sujetos.

La incidencia del modelo cognitivo – conductual descansa sobre la regulación de los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación, en este sentido, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas y también por sus preferencias personales y otro sistema primitivo o irracional, el cual está constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, los cuales, al mostrarse rígidos y disfuncionales muestran la necesidad de intervención (Gabino, 2000).

En la terapia cognitivo – conductual existen diversas técnicas de intervención, las cuales tienen que ver con desarrollos propios de la psicología cognitiva y las técnicas del conductismo clásico, en este sentido, se ha de destacar la importancia del desarrollo histórico que permeó el desarrollo del modelo cognitivo – conductual.

2.1 Desarrollo histórico

Se parte del supuesto teórico de que la psicoterapia conductual del pensamiento filosófico concierne al problema "mente - cuerpo", por lo cual los estoicos sostenían que se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad guiándose por los principios de la razón y la virtud. Por otro lado, Aristóteles sostuvo que el conocimiento procede de los sentidos que dotan a la mente de imágenes que se asocian entre sí según tres leyes: la contigüidad, la similitud y el contraste. Más tarde los empiristas ingleses del siglo XVII, resaltan las nociones de que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para adquirir un nuevo conocimiento, hay que liberarse de prejuicios, de igual manera Kant introduce el concepto de "esquema cognitivo" (Meinchenbaum, 1998).

Dichas raíces filosóficas influyeron para la integración de un enfoque definido como teoría cognitiva conductual, donde la teoría cognitiva se enmarca en el idealismo y el racionalismo, mientras que el conductismo lo hace en el materialismo y el empirismo.

En el proceso de la construcción de la psicoterapia cognitivo conductual se evidencia la necesidad de tomar en cuenta los pensamientos y las manifestaciones de éstos a pesar de que sean evidentes, por lo que la construcción de mecanismos e instrumentos que permitan al terapeuta vincular los esquemas cognitivos y la conducta fundamentan el enfoque cognitivo conductual (Mahoney y Freeman, 1988).

Como se puede ver, las bases del modelo cognitivo conductual se centran en cubrir los aspectos fundamentales de los pensamientos y las acciones, en tanto, la integración de esquemas de intervención en estos dos aspectos cubren la demanda de la problemática "mente – cuerpo".

De manera sintetizada, en Kazdin (1989), se puede destacar el proceso de desarrollo y fundamentos teóricos en la terapia cognitivo conductual, el cual, descansa sobre cuatro pilares básicos, en los que se desprende: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

De lo anterior, se puede resaltar que el modelo cognitivo – conductual no sólo se basa en las estructuras individuales de conducta y emoción, sino que

trasciende a la vinculación de la persona con su medio externo, es decir, retoma el aprendizaje. De acuerdo a este autor, la fundamentación de cómo es que las personas se apropian del conocimiento del mundo externo desde el modelo cognitivo - conductual abarca la triada física – social – mental, esto nos lleva a comprender que este modelo es incluyente en los aspectos en los que se ve inmerso el ser humano.

Ahora bien, de las consideraciones en relación al trabajo psicoterapéutico, se verá que numerosos autores comenzaron a trabajar con enfoques cognitivos, por ejemplo Kelly y Bandura (1977), no obstante, se hablará propiamente del modelo cognitivo – conductual hacia los años setenta, ubicando a autores como Albert Ellis y Aarón Beck (1979), los cuales se formaron en el psicoanálisis y que abandonan esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos, como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo (Feixas y Miró, 1993).

Con todo lo anterior, se puede observar que el modelo cognitivo – conductual deviene de dos grandes tradiciones teóricas (conductuales y cognitivas), de aquí, que dicho modelo se vea enriquecido de diversas técnicas para el trabajo psicoterapéutico.

2.2 Técnicas de la Terapia Cognitivo – Conductual

Fontaine (1981), establece que las características de la terapia cognitivo – conductual están arraigadas a sus raíces filosóficas de la tradición emocional y de las conductas, por lo que las aplicaciones engloban las características biológicas, sociales y emocionales del individuo en cualquiera de las modalidades de aplicación. A partir de esto, se puede ubicar a la terapia cognitivo - conductual como un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

En el modelo cognitivo – conductual existen diversas técnicas que responden a las problemáticas conductuales y emocionales de los sujetos, por

ende, los procedimientos derivan específicamente de los métodos conductuales, por ejemplo, las técnicas de reforzamiento y condicionamiento, por otro lado, los métodos cognitivos, tienen que ver con técnicas introspectivas en el caso de la descripción del estado interno en el ahora.

Algunas de las técnicas más usuales en el modelo cognitivo conductual son: el modelado, desensibilización sistemática, terapia implosiva, condicionamiento encubierto, técnicas aversivas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, también tenemos juego de roles, toma de decisiones, solución de problemas y reestructuración cognitiva, donde encontramos dos terapias sobresalientes que son la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis (Dattilio, 1990).

A continuación se describirán algunas de las técnicas más sobresalientes en relación al modelo cognitivo, dado que las técnicas propiamente conductuales se describieron en el apartado anterior.

2.2.1 Reestructuración cognitiva

En las terapias de reestructuración cognitiva, de acuerdo a Meichenbaum (1988), sobresalen la terapia racional – emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck.

Dichas terapias están diseñadas para ayudar al cliente a identificar, contrastar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y creencias disfuncionales. De esta manera, los terapeutas cognitivos plantean que los sentimientos negativos son el resultado de la forma de interpretar los eventos.

El trabajo que se lleva a cabo por los terapeutas en este tipo de terapias es entrenar al paciente a identificar pensamientos automáticos autoderrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas y estimulantes dirigidas a la solución de problemas. De igual manera, el terapeuta debe de hacerles ver a los pacientes el daño que les ocasiona tales pensamientos negativos, para que posteriormente aprenda a producir pensamientos adecuados y positivos sobre sí mismo.

Como ya se dijo anteriormente, los trabajos más sobresalientes de este tipo de terapia son los realizados por Beck y por Ellis, los cuales se describirán en los párrafos posteriores.

2.2.1.1 Terapia cognitiva de Beck para la depresión

De manera general en Kendall (1988), se puede destacar que dicha terapia sienta la hipótesis de que los trastornos psicológicos, en este caso la depresión, son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismas, en este sentido, las personas se sienten deprimidas porque se han evaluado a sí mismas como inadecuadas y de modo sistemático interpretan equivocadamente los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de sí mismo.

El primer paso del tratamiento cognitivo de la depresión es una evaluación precisa de los pensamientos negativos que están influyendo en el cliente. De modo general, los pensamientos negativos típicos de los clientes deprimidos caen en una de las tres categorías siguientes descritas por Beck: ideas negativas respecto al mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, y percepciones negativas del futuro, las cuales se conocen como la triada cognitiva.

Posteriormente el terapeuta dirige al cliente hasta una postura más atenta, reflexionando sobre los pensamientos que pasan por la mente del cliente mientras se están produciendo acontecimientos penosos. Como parte de este proceso, se instruye a los clientes para que corrijan sus pensamientos sustituyendo los muy negativos con otros más exactos y positivos. Un procedimiento útil en este proceso es la técnica de doble columna para anotar los pensamientos. Con este método, se le dice al cliente que anote los pensamientos negativos automáticos en la primera columna y los pensamientos corregidos (más positivos) en la segunda columna.

El procedimiento anterior va a proporcionar al terapeuta datos muy valiosos para la evaluación, además de evidenciar los progresos del paciente ante el terapeuta. Con las estrategias que se llevan a cabo en esta terapia se busca que las personas aprendan a autovigilarse, pues ellos, con el paso del tiempo

aprenderán a reconocer estados de ánimo, actividades y pensamientos y además a registrarlos para que después sean examinados conjuntamente con el terapeuta para evaluar dichas experiencias en una forma más racional que como lo hacen el paciente y a la par de este proceso, enseñarle nuevas aptitudes cognitivas para evaluar situaciones futuras.

2.2.1.2 Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis

En Goldfried (1995), se puede destacar que la terapia racional-emotiva-conductual (TREC), parte de la idea de que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en sí mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de ellas. Es decir, como lo describe Meichenbaum, (1988), que gran parte o todo el sufrimiento emocional se debe a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen.

El objetivo de la TREC -de modo semejante a la terapia cognitiva- es el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente tiene y que interfieren con su bienestar (Meichenbaum, 1988).

El esquema básico de la TREC se denomina A-B-C-D-E.

A: Situaciones activadoras; evento o situación real.

B: Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc.).

C: Representa las consecuencias Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.

D: Discusión de la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.

E: Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

En una primera etapa el paciente debe realizar un registro de sus pensamientos y concepciones irracionales (B) relacionados a algunas situaciones específicas (A). Luego el terapeuta enseña al paciente a cuestionar los

pensamientos (D), con el objetivo que el paciente se auto aplique el procedimiento ante diversas situaciones.

Por último en Kendall y Norton – Ford (1988) se menciona que el terapeuta va a retar y a exigir explicaciones cuando el paciente describa sus creencias irracionales, y que dicho cuestionamiento va dirigido a esas creencias y no a la personalidad del paciente.

2.2.2 Desensibilización sistemática (DS)

En Fontaine (1981), se menciona que la desensibilización sistemática es una técnica desarrollada en 1958 por Joseph Wolpe, la cual es adecuada para quitar los miedos y las respuestas de ansiedad en aquellos casos en los que se den estímulos condicionados de ansiedad (fobias, por ejemplo), así como también en otros trastornos en los que haya un fondo de ansiedad, como lo es el caso de las disfunciones sexuales.

Para que la DS sea eficaz se han de cumplir dos requisitos:

- Que el miedo y/o la ansiedad sea irracional, es decir, que no exista objetivamente un peligro real claro.
- Que el número de miedos o temores sea reducido a 4.

No se debe dar la presencia de un nivel de ansiedad generalizada alta. En trastornos tales como agorafobia, trastornos de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo, la DS no se muestra tan eficaz como las técnicas de exposición.

El procedimiento de la DS incluye cuatro pasos:

- 1.- Explicación de la técnica: Consiste en explicar al paciente y hacerle comprender la estrategia a utilizar y los principios de la eficacia de la técnica.
- 2.- Entrenamiento en relajación: La relajación es el procedimiento que se utiliza como respuesta incompatible con la ansiedad en la DS.
- 3.- Construcción de la jerarquía: Una jerarquía de ansiedad es una lista de estímulos (situaciones o escenas) generadoras de ansiedad que se ha de imaginar el paciente, referidas a un mismo tema y ordenadas según la intensidad de las respuestas de ansiedad que provocan en la persona.

4.- Desensibilización sistemática propiamente dicha: En esta fase se procede a la aplicación de la técnica, en la que se somete al paciente a imaginar las distintas situaciones de ansiedad o estrés, las cuales, serán sensibilizadas con relajación.

2.2.3 Entrenamiento en habilidades sociales

En Méndez y Olivares (2005), se puede destacar que el entrenamiento en habilidades sociales se refiere a la modificación de conductas deficitarias, en este sentido, las técnicas se orientarán hacia a la adquisición de las habilidades, que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias, en su ámbito real de actuación.

El procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales supone cuatro pasos:

- 1.- Instrucciones y modelado: En esta fase se informa al cliente sobre las conductas a modificar, así pues, se hacen demostraciones de las conductas adecuadas.
- 2.- Ensayo conductual: En esta fase, el cliente reproduce y ensaya dentro del consultorio las conductas a implementar.
- 3.- Retroalimentación y refuerzo: En esta fase se moldean y perfecciona las conductas exhibidas por el cliente.
- 4.- Mantenimiento y generalización: En esta fase se procura que las conductas aprendidas en el consultorio se lleven a cabo en el contexto natural del sujeto.

Por último, se menciona que en el entrenamiento en habilidades sociales se debe hacer énfasis al cliente en la reestructuración de los pensamientos que estén inmersos en las distintas conductas deficitarias que permiten la interacción social.

2.2.4 Asertividad

De acuerdo a Caballo (1991), la Asertividad es considerada una habilidad social, pues es aquella que se describe como una conducta socialmente aceptada, de esta forma, la persona que presenta un comportamiento asertivo, debe tener claro que el actuar así, generalmente es más adecuado y reforzante que algún otro

estilo de comportamiento (pasivo o agresivo) y al mismo tiempo ayuda a la persona a expresarse libremente y a conseguir los objetivos que se proponga.

Para que se lleve a cabo el entrenamiento en asertividad se debe tener en cuenta en su desarrollo la realización de un análisis funcional detallado de las situaciones en las que el paciente presente dificultades, las cuales se organizarán en forma ascendente (Fontaine, 1981).

Otro punto a considerar es que no importan las técnicas que esté utilizando el terapeuta (juego de roles, desensibilización) con su paciente, se tiene que proponer diferentes contextos en los cuales se lleven a cabo dichas situaciones y a la par imaginarlas y representarlas con todo lo que conlleva dicha situación.

Se debe tener presente que una vez que el paciente ha logrado representar las situaciones imaginarias, el terapeuta debe incitar al paciente a que las realice en una situación real, partiendo de acciones sencillas a las más complejas.

Por último, Phares (1996), menciona que el entrenamiento en asertividad se emplea para diversos problemas como lo son la ansiedad, conflictos matrimoniales, depresión y problemas sexuales, entre otros, los cuales pueden tener su causa en la falta de información, ansiedad anticipatoria, expectativas poco realistas (negativas) o en déficit conductual.

2.2.5 Inoculación al estrés

En Cruzado, Labrador, y Muñoz (2005), se dice que la inoculación al estrés es un procedimiento desarrollado por Meichenbaum y Cameron en 1974. Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan:

- Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica.
- Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos positivos para afrontar el estrés, como el temor a hablar en público, las fobias y otros tipos de situaciones, como la preparación al parto o los exámenes.

Su utilidad se relaciona con identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en un futuro, dicha técnica conlleva tres pasos:

- 1.- Elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo pasar de la tensión a la relajación mientras se visualiza claramente la situación que produce ansiedad.
- 2.- Segundo paso: Creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.
- 3.- Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

2.2.6 Solución de problemas

Para tener una definición más clara de lo que es solución de problemas, en Caballo (1991) se define lo qué son los problemas, éstos son situaciones específicas de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a diferentes obstáculos.

Por otra parte, se entiende por solución a cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D' Zurilla, 1986; Nezu, 1987, citados en Caballo, 1991). Una solución eficaz es la respuesta de afrontamiento que logra los objetivos, pero también maximiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas.

A partir de lo anterior, se puede ver que la solución de problemas queda definida como el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema.

En Caballo, (1991) se menciona que el entrenamiento en solución de problemas está constituido por cinco pasos o componentes, los cuales contribuyen para dar una solución eficaz al problema:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la solución y verificación

1-. Conjunto de respuestas de orientación, que representan reacciones cognitivas, afectivas y conductuales que se presentan ante el problema.

2-. Clarificar y comprender la naturaleza específica del problema, Significación para el bienestar y el cambio.

3-. Hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible.

4-. Evaluar las opciones disponibles y seleccionar la mejor para llevarla a cabo en la situación real.

5-. Vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problema.

2.2.7 Toma de decisiones

De acuerdo a Caballo (2005), la toma de decisiones en un proceso por medio del cual las personas van a realizar una elección o una forma para resolver diversas situaciones de la vida, dichas situaciones no sólo se limitan a un aspecto, estas abarcan diversos aspectos de la vida como lo son el personal, el familiar, laboral.

La toma de decisiones consiste en elegir una alternativa entre las disponibles, tomando en cuenta las consecuencias de elegir dicha alternativa, para ello, es necesario conocer y comprender el problema para poder darle una solución.

El proceso de toma de decisiones, de acuerdo a Caballo (2005) consta de 5 pasos:

- Definir el problema. En este punto es importante tener claro el problema y cuál es el resultado que se quiere obtener.

- Buscar alternativas. En este paso es importante pensar en el mayor número de alternativas posibles, ya que cuantas más se tengan, más posibilidades se tienen de escoger la mejor.
- Valorar las consecuencias de cada alternativa. En este punto se deben considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para la persona que va a tomar la decisión y las personas cercanas o que se puedan ver afectadas.
- Elegir la mejor alternativa posible. Una vez que se ha pensado en las alternativas disponibles y en las consecuencias de cada una de ellas, se procede a escoger la más positiva o adecuada. Esta selección se lleva a cabo cuando ya se han valorado las posibles alternativas, ya se han comparado y se puede escoger la que cumple con lo que satisfaga a la persona.
- Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios. Cuando ya se ha elegido una alternativa, la persona se debe responsabilizar de la decisión tomada y ponerla en práctica. También se debe prestar atención a los resultados de dicha situación, para cambiar aquellos aspectos de la situación que todavía no son satisfactorios.

2.2.8 Juego de roles

El juego de roles es una técnica que se ha utilizado constantemente en la evaluación conductual, principalmente esta técnica se ha utilizado en el área de habilidades sociales y en asertividad. El juego de roles también es conocido como ensayo conductual y para Goldfried y Davison (1994: en Phares y Trull, 2000) es como un medio para entrenar nuevos patrones de respuesta.

Como ya se ha mencionado, el juego de roles se ha empleado ya por mucho tiempo como un instrumento terapéutico, el cual proporciona una referencia eficiente para evidenciar las habilidades y deficiencias conductuales de los pacientes.

Se debe de tener en cuenta que las habilidades conductuales que logren desarrollarse en el consultorio se van a realizar o practicar de manera consistente en una situación real.

Por último, es importante resaltar que todas estas técnicas muestran ventajas y desventajas. Las ventajas principales consisten en la amplia variedad de situaciones presentadas por los pacientes y que pueden ser resueltas de manera eficaz (con respecto al tiempo de terapia), y eficiente (con respecto a los logros). La Association of Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), muestra en sus Convenciones un sinnúmero de campos en que estas técnicas han dado buenos resultados (adicciones, problemas familiares, depresión, desórdenes obsesivo-compulsivos, entre otros). Aún cuando no se consideran desventajas, las terapias de tercera generación están enfocadas más hacia la búsqueda de la reflexión y bienestar del paciente, desde sí mismo, a lo largo de la terapia.

CAPITULO 3: TERAPIA DE TERCERA GENERACIÓN

3.1 Desarrollo histórico

Para abordar las terapias de conducta de la tercera de generación, es necesario tener claridad en relación a su relativo recién auge, de aquí, que se considere a esta ola de terapias como un enfoque en construcción. Así pues, no es de extrañarse no tener un esbozo histórico tan construido en comparación a la primera y segunda generación de terapias conductuales, no obstante, en este apartado se presentarán las consideraciones generales de la tercera generación de terapias y la descripción de algunas técnicas.

En primer lugar, se debe destacar que la tercera generación de terapias representa un salto cualitativo con respecto a las técnicas utilizadas, ya que ellas están orientadas, no a la evitación o reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder (Luciano y Sonsoles 2006).

Se puede destacar un giro totalmente distinto a la terapia conductual clásica y en la cognitiva, pues ello supondrá un trabajo focalizado a aspectos de índole contextual, menos unidireccional. En este sentido, habrá que destacar que la emergencia de las terapias de tercera generación resultará del desconocimiento de la funcionalidad de las técnicas conductuales y en muchas ocasiones de su fracaso.

Para tener una idea más clara, Hayes en 2004, destaca que la tercera ola de terapias es fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, además de ser particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y

sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados

Con lo anterior, se puede vislumbrar que la tercera generación de terapias ya no sólo descansará sobre un esquema mecanicista de la realidad, sino que también partirá de un esquema contextual y complejo de la realidad, en este sentido, Montgomery (2007), hace énfasis especial en los beneficios de la noción de complejidad en la psicología, la cual, ofrece mayor flexibilidad científica, la ampliación de miras y la coordinación con otros campos de conocimiento.

Finalmente, Vallejo (2007), señala que en la tercera generación de terapias se engloba el comportamiento en sí mismo, en el contexto concreto en que se presenta, sin deslumbrarse por él, pues éste puede ser circunstancial, cosa que no sucederá probablemente con la finalidad de dicho comportamiento. Esto supone ampliar el objetivo de análisis y centrarse más en la variabilidad (valor de adaptación) que en la constancia de un determinado comportamiento. Adicionalmente, la importancia del comportamiento en sí pone en segundo lugar su interpretación. Interesa más el contexto presente y real y el comportamiento concreto, que el imaginario o simbólico.

Con base en todo lo anterior, se puede destacar el hecho de que la tercera generación parte de la tradición conductual científica, no obstante, pone énfasis en las relaciones de los principios de la conducta con las nociones de contexto y complejidad inscritas en el individuo.

3.2 Técnicas de la Terapia de Tercera Generación.

Las características de las técnicas utilizadas en la tercera generación guardan una relación estrecha con el factor del contexto y la vinculación con la acción del sujeto, a continuación se describirán algunas técnicas.

3.2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)

Se basa en la teoría de los marcos relacionales que incorpora los avances sobre el estudio del lenguaje, que ha demostrado que somos capaces de establecer

relaciones arbitrarias entre diferentes estímulos, por ejemplo, entre A y B y entre B y C. Aparecen entonces otras relaciones no entrenadas, implícitas entre A y C, entre C y A y entre B y A, además, aparece una transformación de funciones, de forma que la persona reacciona de forma similar ante todos ellos (A, B, y C), es decir, todos ellos cobran la misma función (Luciano y Sonsoles, 2006).

Este tipo de condicionamiento, parece que se da solamente cuando existe el lenguaje. En consecuencia, cuando se condiciona una palabra a un objeto, las reacciones que se habían condicionado al objeto se dan ante la palabra, es decir, igual que un objeto nos evoca la palabra que lo nombra socialmente, la misma palabra nos evoca reacciones internas similares a las que provoca el objeto original.

De lo anterior, se destaca que las relaciones que establecemos son arbitrarias en el sentido de no estar circunscritas a las propiedades físicas de los objetos, sino que son establecidas por los usos y experiencias sociales, es decir, son dependientes del contexto social. En este sentido, la terapia de aceptación y compromiso se encuadra dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas y como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. De forma que lo importante para ella no es el contenido de los pensamientos, sino la función que tienen en el contexto en el que se dan.

El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica, por lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento, dichos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto.

Una vez realizada la evaluación que incluye el análisis funcional, se tienen que fijar los objetivos terapéuticos. En el caso de la terapia de aceptación y compromiso, se trata de determinar cuáles son los valores del paciente y su

compromiso con ellos, porque posiblemente esté centrando toda su vida en la solución de su problema, abandonando las cosas más importantes o aplazándolas para cuando lo resuelva, lo que habrá dado lugar a la aparición del trastorno por evitación experiencial. El objetivo de la terapia será llevar a cabo el compromiso del paciente con sus valores y enfrentar su problema desde esa perspectiva y no solamente acabar con el sufrimiento que le trae a consulta (Luciano y Sonsoles, 2006).

3.2.2 Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

La Psicoterapia analítico-funcional o FAP sustentada por el conductismo radical de B.F. Skinner se propone como la primera metodología terapéutica basada en los resultados de la experimentación en dicha corriente.

Sus autores Kohlenberg y Tsai (1991) se centran en la importancia de la relación terapeuta-cliente dentro del contexto clínico en el cual, y como en cualquier otro contexto, las conductas están condicionadas por las reglas del refuerzo. Por lo tanto, esta psicoterapia se centra en manejar las variables que el terapeuta tiene a la mano para modelar, aumentar o reducir ciertas conductas (Luciano y Sonsoles, 2006).

En la FAP se consideran tres tipos de Conductas Clínicamente Relevantes (CBRs):

- Las conductas del paciente relacionadas con sus problemas. Llamadas CBR1 son las que deben ser reducidas en sesión, normalmente están condicionadas aversivamente y por ello suelen ser evitadas por el paciente.
- Las conductas del paciente que muestran un avance, denominadas CBR2, cuyo objetivo del terapeuta es incrementar su probabilidad y generalización a otros contextos.
- Las CBR3 son las interpretaciones del paciente sobre sus conductas y consideran que mientras más CBR3s hagan alusión a la interpretación de la propia conducta y su relación con los reforzadores, discriminaciones y estímulos contextuales, más avances se están produciendo en la terapia.

Para guiar el trabajo terapéutico se proponen varias reglas a seguir en la sesión:

- Observar las CBRs. Esta regla es la principal, ya que detectar que se está produciendo una conducta relacionada con el problema puede ser una tarea complicada.
- Producir CBRs. Lo ideal sería provocar las CBR1s y aumentar la frecuencia de las CBR2s. Aumentar las primeras ya que normalmente el paciente se encuentra sumergido en una evitación constante de aquello que le es aversivo.
- Reforzar las CBR2s. Se basa en el reforzamiento de la forma más natural posible para fomentar la generalización de dichas conductas.
- Observar los efectos reforzantes de las conductas del propio terapeuta sobre el paciente.
- Aportar interpretaciones de la conducta del cliente. Se considera que si el paciente conoce las variables que dirigen su conducta puede producir más reglas e incrementar su contacto con las variables controlables.

3.2.3 Terapia de Conducta Dialéctica

Es un tratamiento especialmente diseñado para individuos que presentan conductas autolesivas como autocortarse, pensamientos, deseos e intentos suicidas, problemas alimentarios y uso o abuso de psicofármacos y drogas, entre otras situaciones (Montgomery, 2007).

Se parte del supuesto de que los comportamientos autodestructivos son formas aprendidas que tiene la gente para manejar emociones negativas intensas e intolerables. Las emociones negativas como la vergüenza, la tristeza, el miedo y el enojo son una parte normal de la vida, sin embargo, algunas personas parecen tener una particular tendencia a presentar emociones negativas muy intensas y frecuentes.

Lo anterior, aunado a diversos factores puede conducir a una vulnerabilidad emocional. Una persona emocionalmente vulnerable tiende a tener reacciones

emocionales rápidas, intensas y difíciles de controlar lo que hace que su vida se parezca una montaña rusa.

La vulnerabilidad emocional extrema rara vez es la única causa de los problemas psicológicos, pues un ambiente invalidante contribuye a dichos problemas, este ambiente se entenderá como al fracaso en tratar a una persona con características que son ajenas al ambiente.

De acuerdo a Linehan (1993), el objetivo de la terapia dialéctico conductual es ayudar a las personas a crear una vida que “valga la pena de ser vivida”. Qué es lo que hace que una vida “valga la pena de ser vivida” varía de persona a persona. Para algunos es casarse y tener hijos, para otros terminar la escuela, encontrar un compañero o compañera, ser exitosos en sus trabajos, encontrar una vida espiritual o incluso comprarse una casa (Montgomery, 2007).

Si bien todos estos objetivos pueden ser diferentes, todos los consultantes tienen la tarea de mantener sus conductas bajo control, especialmente aquellas que pueden poner en riesgo su vida.

Por este motivo, la TDC organiza el tratamiento en cuatro etapas con sus propios objetivos. El objetivo de cada etapa es un tipo de problema en particular por lo que puede ser necesario volver a ellos en diferentes momentos de la terapia (Montgomery, 2007):

Fase I: Pasar de tener conductas fuera de control a estar en control.

Fase II: De la clausura emocional a experimentar las emociones plenamente.

Fase III: Construir una vida normal, resolver problemas de la vida.

Fase IV: De la sensación de falta de sentido a la sensación de plenitud / conexión.

Aunque las fases y metas principales del tratamiento sean presentadas por orden de importancia, ellas están interconectadas. Si alguien se suicida no obtendrá la ayuda que buscaba para mejorar su calidad de vida. De este modo TDC se enfoca primero en conductas amenazantes para la vida.

3.2.4 Terapia de Activación Conductual

En Pérez (2007), se puede destacar que la Activación Conductual (AC) es una terapia para la depresión desarrollada sobre bases contextuales y funcionales.

Sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz, asimismo, se sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro.

La AC gira sobre dos cuestiones: qué condiciones ocasionan esta conducta (contexto) y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente (función). Así, por ejemplo, la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas, como en sus respuestas a tales eventos una vez que están deprimidas, en este sentido, se considera que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como evitación conductual de importantes ámbitos de la vida, dadas las circunstancias actuales en las que no parece haber alicientes y acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las confortantes.

Este contexto depresógeno o deprimente se puede concebir de varias maneras, siendo las preferidas por la AC en términos de interrupción (ruptura o interrupción, más o menos abrupta) de las rutinas que constituían la vida cotidiana o, más técnicamente, en términos de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo.

De lo anterior, la AC trata de reponer a la persona frente a la vida, poniéndola en contacto con las condiciones que pudieran reordenar el trastorno dado, trata de 'poner a funcionar' o, como sugiere su propio nombre, 'activar' a la persona a pesar de estar (todavía) deprimida, como paso para dejar de estarlo.

La Activación Conductual es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Se trata de 'activar' a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores (Pérez, 2007).

A este respecto, es fundamental el análisis funcional de la conducta, a partir del cual se ponen en juego las actividades que pudieran ser relevantes. No se trata, pues, meramente de incrementar las actividades como así era en terapias

anteriores en esta misma línea, sino de incrementarlas en función de su relevancia para la persona en particular, en este sentido, se trata de una terapia ideográfica. En general, es una terapia estructurada y de corta duración (del orden de 15 sesiones), no está protocolizada, sino confeccionada a la medida del cliente.

3.2.5 Mindfulness

Mindfulness es un término que no tiene una palabra correspondiente en el español, puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto (Vallejo, 2007)

En Vallejo (2006), se menciona que el Mindfulness es considerado como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella; en este sentido, se considera el Mindfulness como un tipo de meditación inserta en la cultura oriental y en el budismo en el ideal Zen de vivir el momento presente. Desde un punto de vista psicológico también se ha venido a considerar como un constructo de personalidad. Se pretende medir cuánto Mindfulness "tiene" una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como procesos concretos.

Derivado de lo anterior, se describen los elementos clave de Mindfulness:

a) no conceptual, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados; b) centrado en el presente: el Mindfulness siempre se da en y sobre el momento presente; c) no valorativo, no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro; d) intencional, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado; e) observación participativa, no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo; f) no verbal, la experiencia Mindfulness no tiene un referente verbal sino emocional y sensorial; g) exploratorio, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva; y h)

liberador, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

En cuanto a la aplicación, se describe que no existe un entrenamiento definido en Mindfulness, no obstante, el procedimiento más utilizado incluye elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación, o ejercicios centrados en sensaciones corporales. Recuerda, en gran medida, al entrenamiento en relajación progresiva, aunque también al entrenamiento autógeno (procedimiento de auto-hipnosis) y a la hipnosis en sí (Vallejo, 2007).

Por otro lado, se ha desarrollado y puesto en marcha un programa en el que se entrena a las personas en la adquisición de las habilidades relativas al Mindfulness. Se entiende que, al igual que con la relajación, el entrenamiento y práctica en ellas permite la adquisición de unas habilidades que pueden generalizarse y tiene, posiblemente, sus efectos positivos en el funcionamiento ordinario de la persona.

De acuerdo a este autor, las técnicas que buscan que el paciente tenga experiencias Mindfulness persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, poner como punto fundamental de referencia, las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural. Esto posibilita que la persona deje (permita), que determinadas actividades (emociones, cambios fisiológicos, entre otras), que operan de forma autónoma, se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación. La falta de información sensorial, activa (uso de técnicas de control, distracción, etc.) o pasiva (no atendiendo de forma intencional a dicha información), impide al organismo la información precisa y necesaria para tengan lugar los modos naturales de aprendizaje.

3.2.6 Terapia Integral Conductual de Pareja

La terapia integral de pareja de Jacobson y Christensen (1996), tiene un antecedente histórico en cuanto a su utilidad. Por ello, ha recibido modificaciones derivadas de la tercera generación de terapias. En Morón (2006), se destaca que el objetivo en la terapia integral de pareja pasa a ser el cambio en el contexto

psicológico en el que ocurren los problemas de pareja. El resultado de este cambio de contexto es la aceptación del comportamiento del compañero, y por ende, la reducción de los problemas y una recuperación más rápida cuando estos se den; lo que se acaba traduciendo en un aumento de la satisfacción en la relación.

Una vez realizada la evaluación y hecho el análisis funcional de los problemas por los que la pareja acude a consulta, se hace una devolución de lo recogido hasta entonces a la pareja. En esta devolución uno de los elementos claves es el tema, que consiste en una breve descripción del conflicto principal de la pareja, al que pueden acudir cada vez que haya un problema. Este tema va a permitir al terapeuta guiar la intervención y orientar a la pareja en los momentos de conflicto.

De acuerdo a Morón (2006), se utilizan tres tipos de técnicas principales para conseguir la aceptación del comportamiento del compañero/a: la unión empática, la separación unificada y la tolerancia. El objetivo de las dos primeras estriba en unir a la pareja alrededor del problema, que el problema sirva para generar más intimidad. En la última, la meta consiste en volver menos dolorosas las conductas negativas del compañero.

A pesar de que el componente central de la terapia es la aceptación, esto no implica que se desechen otras técnicas que se han mostrado útiles con anterioridad. De esta forma, si con el trabajo en aceptación no fuese suficiente, se vuelve a recurrir a las estrategias de intercambio conductual y al entrenamiento en comunicación y solución de problemas; aunque es oportuno señalar que se utilizan dentro de un marco de aceptación para fortalecer ésta.

CAPÍTULO 4: EJEMPLO DE APLICACIÓN

Con base en la descripción de las técnicas de las tres generaciones de terapia, es necesario hacer un breve ejercicio de aplicación de dichas técnicas, mediante el tratamiento propuesto a un caso. A partir de los objetivos planteados en este caso, se propondrán dos generaciones de terapia: la primera es la propuesta del enfoque Cognitivo-Conductual y la segunda propuesta es a partir de una de las técnicas de tercera generación, en donde se utilizará la terapia de aceptación y compromiso (TAC), debido a las características del caso que se presentará.

A continuación, se presentarán de manera general el caso, una breve descripción de las técnicas utilizadas de la segunda generación, los antecedentes teóricos con relación a la técnica, y el diseño de intervención de la terapia de aceptación y compromiso.

Presentación del caso

Datos Sociodemográficos (ficticios):

Remitente o paciente

Nombre: Ana Laura Sánchez Hernández

Edad: 11 años

Escolaridad: 5to Primaria

Ocupación: Estudiante

Datos del solicitante

Nombre: Clara Hernández Gómez

Edad: 55 años

Escolaridad: Secundaria (Carrera comercial)

Domicilio: Edif. 45, Dpto. 109 U. Ex hacienda del Convento, Tlalnepantla. Edo de Méx.

Ocupación: Hogar

Estado Civil: Casada

Parentesco con la remitente: Abuela

Integrantes de la Familia

Nombre: Juan Carlos Sánchez López

Edad: 58 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Chofer de patio

Estado Civil: Casado

Parentesco con la solicitante: Esposo

Parentesco con la remitente: Abuelo

Nombre: Maribel Sánchez Hernández

Edad: 31 años

Escolaridad: 9° Semestre Ingeniería Industrial

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Parentesco con la solicitante: Hija

Parentesco con la remitente: Madre

Queja Principal

La solicitante requiere ayuda psicológica, ya que su nieta presenta conductas rebeldes, no quiere hacer labores en el hogar, tareas escolares y comenta que le grita a ella, hace berrinches en donde sea, no la obedece e incluso ha llegado a golpearla. En la escuela golpea a sus compañeros y no pone atención.

Remisión

La abuela demanda formas con las que pueda controlar a su nieta, ya que considera que de continuar con dichas conductas, será un problema mayor cuando la niña ingrese a la secundaria, además de que maestros y tías abuelas de la niña comentan que es necesario que haga algo.

Intentos Previos

El primer intento se dio con una psicóloga del DIF a los 6 años, no existió algún diagnóstico, la niña se rehusaba a ir, por lo que fue canalizada con una Paidopsiquiatra en el Hospital infantil de Legaria; no se le hicieron ningún tipo de estudios, ni tampoco se le diagnosticó, solamente la Doctora asumía que tenía TDAH, por lo que le recetaron medicamento y debido a que era muy caro no siguió el tratamiento.

Aproximadamente en Septiembre de 2009, la niña fue llevada a una psicóloga particular (por amistad de su abuela), no se siguió con una intervención, debido a que tampoco quería ir, por lo que fue canalizada al hospital psiquiátrico en Tlalpan, ahí, no se le diagnosticó ni se le hicieron estudios, nuevamente se asumió que tenía TDAH, por lo que se le recetó Sertralina y Mipramina. La medicina ayudaba a que la niña ya no fuera tan activa, sin embargo, aún existía rebeldía, por lo que el médico suspendió el tratamiento y la canalizó a una psicóloga en el ISSSTE.

La psicóloga del ISSSTE no pudo atender a la niña debido a que no era derechohabiente, sin embargo, ella fue la que finalmente le recomendó el servicio de la CUSI.

Presentación

La señora Clara se presentó en la CUSI. Se queja de que su nieta Ana Laura de 11 años presenta conductas rebeldes, no quiere hacer labores en la casa, le grita, contesta de mala manera, e inclusive ha llegado a retar a su abuela, diciéndole que la golpee. En la escuela se pelea constantemente con sus compañeros, aparentemente sin ningún motivo, pues a veces sólo es para defender a algunos de sus amigos.

En cuanto a la relación de la niña en su entorno familiar, la señora Clara explica que no existe autoridad por parte de la mamá de Ana Laura, debido a que ella estudia la mayor parte del día, por lo que la educación y provisión de lo necesario a la niña ha quedado a cargo de los abuelos, la relación entre mamá e hija es de "hermanas".

En el entorno familiar, la señora Clara dice que cuando ella le da alguna orden, Ana Laura nunca quiere hacer nada, y debido a la insistencia de su abuela, Ana Laura reacciona gritándole. Asimismo, en ocasiones se pelea con su mamá, ya que quiere tener algún objeto o estar en la computadora, por lo cual Maribel se queja con la abuela para que corrija a Ana Laura.

La señora Clara comenta que Ana Laura y su mamá en muy pocas ocasiones salen juntas los fines de semana, además de que ella tiene inquietud por saber quién es su papá, tanto su mamá como su abuelita se lo han ocultado, debido a que es un hombre casado y que su familia vive dentro de la misma unidad habitacional; a Ana sólo le han dicho que es un hombre que nunca se quiso hacer cargo de ellas, diciéndole que lo importante es el cariño de sus abuelos y su mamá.

En cuanto a la relación del abuelo y Ana Laura, dice la señora Clara que ésta es de papá, más que de abuelo, sin embargo, también comenta que en algunas ocasiones le demerita autoridad a ella, pues defiende a Ana Laura en algunas peleas que tienen porque la niña no quiere hacer algo, o bien, le compra algunos caprichos que quiere, lo cual, considera la señora Clara que es incorrecto, pues Ana Laura no se gana las cosas.

Por otro lado, es importante mencionar que la señora Clara explica que cuando el abuelo impone su autoridad, hablándole fuerte a Ana Laura se pone a temblar y realiza las actividades rápidamente, inclusive si hace algo mal, le ruega a su abuela que no la acuse con él.

Derivado de lo anterior, la señora Clara dice que Ana Laura se pone muy nerviosa y “se hace pipí” en la cama cuando le tiene miedo a una persona. Recientemente, comenta que Ana Laura tuvo una discusión con la mamá de una compañera, la señora le gritó y reclamó porque Ana había golpeado a su hija, y cada que veía a la señora, ella se escondía y se hacía del baño en la cama, esto sucede también cuando algún otro compañero golpea a Ana Laura, ella no se defiende y evita a las personas por temor.

En cuanto a las habilidades de Ana Laura, la señora Clara comenta que va muy atrasada en la escuela, no pone atención, no sigue instrucciones y no realiza

tareas, tiene más amigos que amigas, debido a que a ella le gustan juegos como el trompo, las canicas y el yoyo. Por otro lado, Ana Laura tiene gusto por el dibujo, es la única actividad que le gusta y se tranquiliza cuando la hace.

La señora Clara explica que Ana Laura en ocasiones se siente sola, pues le hubiera gustado tener hermanos. Cuando ella se siente triste, pregunta por su papá, dicha situación es aproximadamente cada mes. A los seis años, en un episodio de tristeza, la señora Clara comenta que Ana Laura dijo que se iba a cortar las venas porque ya no quería vivir.

La señora Clara menciona que le ha afectado de manera significativa la conducta de Ana Laura en sus relaciones sociales, pues debido a que ella es quien se hace cargo de la niña, en diversos lugares le grita, ya sea en la calle o aunque estén de visita en una casa, por lo que la señora Clara ha evitado visitar a familiares o amigos. Además de que numerosas personas le han dicho que no debería dejar que la niña la trate así.

Debido a que Ana Laura no tiene seguro social, fue informada del servicio de la CUSI, la señora Clara comenta que ella quiere saber formas de controlar a su nieta, pues no quiere que sea peor en la secundaria, manifiesta preocupación por lo que le dicen los maestros y amistades, además de que asume que es ella quien se tiene que hacer cargo de la niña en lo que su mamá termina de estudiar, finalmente, Ana Laura no fue informada de la cita en la CUSI, debido a su renuencia de recibir ayuda.

Relación de Maribel y embarazo

Posteriormente se exploró sobre algunos datos de la vida de Maribel, quien es la madre de Ana Laura, en donde la señora Clara mencionó que en el tiempo en que se embarazó, ella estudiaba en la UAM Azcapotzalco en el segundo cuatrimestre. La relación que la señora Clara y su esposo mantenían con sus hijos era periférica, es decir, ellos trabajaban todo el día mientras que sus hijos estudiaban y por ello sólo se veían en la noche. Ellos mantenían una relación muy cercana con unos vecinos, por lo que la señora Clara le pedía de favor al señor Mario que

trajera de regreso a Maribel de la escuela, pues su lugar de trabajo se encontraba muy cerca de la UAM.

Cuando Maribel tenía 19 años se embarazó, los padres no se dieron cuenta de dicho embarazo hasta que tenía 8 meses, pues ella escondía el vientre. Al encontrarse cada quien en sus labores no se veían mucho que digamos, hasta que un día la señora Clara se preocupó por el hecho que Maribel no salía de su cuarto y la veía muy desconcertada, decide enfrentarla y es cuando Maribel le dice a su mamá que está embarazada, pero que no sabe cuántos meses tiene, que no le va a decir quién es el padre y que jamás ha ido a una revisión.

Al no saber cuántos meses de embarazo tenía, la llevaron al ginecólogo, quien decide que la tienen que internar para practicarle cesárea. La señora Clara comenta que fue el día del nacimiento de su nieta que se enteró que el padre era su vecino, el señor Mario de 52 años actualmente, pues él se encontraba en el hospital y la cuñada de la señora Clara, reaccionó agresivamente con él, pues Maribel le había dicho que él era el padre. Sin embargo, Maribel nunca quiso dar detalles de cómo es que pasaron las cosas, eso es algo de lo que hasta la fecha no ha hablado, por otra parte, la familia del señor Mario, decide que se vaya del lugar, esto pasó todavía tiempo después.

Cuidado de la niña

Para los cuidados que necesitaba la niña, Maribel dejó de estudiar aproximadamente por año y medio, haciéndose cargo de ella, aunque sólo en lo básico, pues la mayor parte de los cuidados los realizaba la señora Clara.

La señora Clara manifiesta que Maribel siempre se hizo cargo de la niña a medias, pues al pasar el año y medio ella les manifestó su deseo por entrar a la UNAM a estudiar una carrera, el examen lo aprueba y comienza sus estudios en C. U., en la carrera de Ingeniería Industrial. Hasta la fecha sigue estudiando, pues al reprobar materias se volvió una alumna irregular, por ello, tuvo que meter materias en la mañana y en la tarde, siendo que la mayor parte del día se encuentra en la escuela.

Por otra parte, la señora Clara comenta que las conductas agresivas de Ana Laura comenzaron en el jardín de niños, pues manifestaba conductas agresivas con sus compañeros, que muy seguido se peleaba y por ello, deciden canalizarla a un psicólogo. Este fue el primer contacto con alguna ayuda para Ana Laura.

Rutina de Maribel

De igual manera se le preguntó a la señora Clara sobre la rutina de Maribel y esto es lo que comenta:

Aproximadamente se levanta a las 7:00 de la mañana, prende la tv mientras se arregla, sin hacerse cargo de preparar a Ana Laura para la escuela, sólo se encarga de llevarla a las 8:00 de la mañana.

Cuando regresa de dejar a la niña, aproximadamente a las 8:10 prende la computadora, hace algunas cosas en ella, después desayuna y se sigue arreglando.

A las 9:30 se va a la escuela. A las 11:00 de la mañana comienzan sus clases en C. U., además de realizar el servicio. A las 8:15 p.m. llega a casa a cenar, o si llega más temprano es para dormir.

Un dato relevante que se obtuvo es que tanto Maribel como Ana Laura ven mucha televisión, al momento de levantarse, de comer e incluso al hacer la tarea.

Ahora, en el fin de semana, las dos se levantan tarde, después de desayunar o comer, Maribel prende la computadora, mientras Ana Laura ve la televisión, dibuja o escribe cartas de disculpa o de cariño a su abuela. Maribel, después tiende su cama viendo la tv y la mayoría de las veces lava su ropa los sábados o los domingos.

Rutina de la señora Clara y de Ana Laura

La señora Clara refiere, en cuanto a su rutina y la de Ana Laura, lo siguiente:

A las 6:30 se levanta la señora Clara en lo que se arregla y prepara el desayuno y la ropa de Ana. Ana se levanta a las 7:00, pero la señora Clara la tiene que ir a levantar y vestir porque ella no lo hace sola. Ana se encuentra en la

escuela de 8: 00 a 12: 30, mientras que la señora Clara ocupa ese tiempo para realizar labores domésticas.

La señora Clara se encarga de ir por Ana a la escuela; cuando ella llega, lo primero que hace es tomar refresco y ver la tv, posteriormente se duerme y despierta a las 2:00 para comer, pues su abuelo llega a esa hora y después se va.

Después, la señora Clara la pone a hacer la tarea, pero no le hace mucho caso, a veces la hace, pero la mayoría de las veces no. En algunas ocasiones sale con sus amigas y sube a casa como a las 4: 00 o 5: 00 de la tarde.

La señora Clara se va a dormir como a las 10: 00 de la noche y le dice a Maribel que le ayude a hacer la tarea, pero no lo hace muy convencida. Ana Laura se duerme después de “terminar” la tarea, esto es como a las 11:30 o 12:00.

La señora Clara comenta que ellas siempre hacen la tarea viendo tv, que Maribel no le pone la suficiente atención cuando hacen la tarea y que inclusive Maribel le grita a Ana diciéndole que es una burra, que no pone atención y que por eso nadie la quiere en la escuela.

Relación de Maribel

Posteriormente la señora Clara dice que Maribel recientemente ha salido con una persona llamada Edgar, nos comenta que es 10 años mayor que ella y que llevan saliendo tres meses aproximadamente.

También comenta que Ana, al darse cuenta de que Maribel se va con su “amiguito” (así le dice ella), le dan celos, pues la señora Clara interpreta así esa actitud, como diciendo, “para él si tiene tiempo, pero para mí, no”. Por ello, Ana demanda más atención, puesto que después reclama a su abuela y a Maribel el que se salga de casa para ir a ver a Edgar, y por esta situación, pelean mucho.

Expectativas de la señora Clara

Se destaca del discurso de la señora Clara, que ella se preocupa mucho porque la hija termine su carrera, pues ella manifiesta que le ha ayudado todo este tiempo con el cuidado de Ana para que logre sacar su título, y posteriormente cederle

todas las responsabilidades de su hija. Dice que no lo hace ahora por el hecho de que se encuentra en el último semestre y está preparando su tesis.

También comenta que cuando se motiva a Ana Laura para que realice las cosas las hace, pues se ha dado cuenta de que cuando le dice “¡Qué bonito dibujo!” o “¡Qué bonito lees, síguelo haciendo!” ella se pone feliz y sigue con la actividad.

Por último, la señora Clara reconoce que es una persona que no tiene un carácter fuerte, por ello ha cedido tan fácilmente a muchas cosas ante su hija y ante la nieta.

4.1 Manejo clínico con Técnicas Cognitivo - Conductuales (TCC)

A partir de la información recabada, se procedió a seleccionar las técnicas a implementar a lo largo de las sesiones, las cuales estuvieron sujetas a los avances que se fueron obteniendo en cuanto a la relación de la señora Clara con su hija Maribel y con su nieta Ana Laura.

La aplicación de las técnicas de terapia cognitivo-conductual utilizadas en este caso, corresponden a técnicas de la segunda generación, las cuales fueron implementadas a lo largo de 10 sesiones, en donde se destacan la Toma de decisiones, Asertividad, Juego de roles, Solución de problemas y Reestructuración Cognitiva, las cuales se fueron incorporando de acuerdo a los avances observados en la señora Clara.

En la tabla 1 se presenta la aplicación de las diferentes técnicas con referencia a las sesiones de tratamiento.

Tabla 1. Técnicas implementadas a lo largo de las 10 sesiones de TCC.

| Sesión | Entrevista | Toma de decisiones | Solución de problemas | Asertividad | Reestructuración cognitiva | Juego de roles |
|--------|------------|--------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|----------------|
| 1 | ✓ | ✓ | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 6 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 7 | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 8 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 9 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 10 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |

En el anexo 1 se presenta un resumen de las sesiones realizadas con la señora Clara, en donde se resaltarán la implementación de dichas técnicas y los avances obtenidos en cada una de las sesiones y al finalizar la terapia.

4.2 Propuesta de tratamiento con Técnica de Aceptación y Compromiso (TAC)

En este apartado se pretende realizar un diseño de intervención derivado de la tercera generación de terapias, dicha técnica a emplear se seleccionó debido a las características de la demanda de la solicitante y también por aquellas implicaciones del contexto que están presentes en la problemática, como lo es la definición de roles en el hogar y las expectativas que se asumen en el cuidado de la niña.

Con relación a lo anterior, se propone realizar el esquema de intervención a partir de la terapia de aceptación y compromiso (TAC), de la cual, García,

Luciano, Hernández, y Zaldívar (2004), señalan que tiene un objetivo doble: por un lado se pretende que el cliente acepte aquellos aspectos de su experiencia que ha estado intentando modificar sin éxito (la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, entre otras.); por el otro lado, se intenta que ello no paralice la vida de la persona, de tal forma que el cliente pueda dirigirse hacia aquellas metas que le son personalmente valiosas (relaciones sociales, laborales, entre otras), aun teniendo ansiedad, obsesiones o con cualquier otra experiencia hasta entonces presente.

Derivado de esto, se puede establecer que en una problemática conductual de niños, se considera necesaria la aceptación del intento de control por parte de los cuidadores, la cual, no ha tenido éxito; así pues, sería primordial que dichas acciones no bloqueen las alternativas posibles.

Con base en lo anterior, se debe tomar en cuenta que TAC parte de un análisis funcional no centrado en los síntomas externos (problemáticas), sino que dichos síntomas se introducen de manera conductual, tomando en cuenta: las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos de los clientes. Sus bases experimentales parten de los estudios de equivalencia y los estudios sobre conductas gobernadas por reglas verbales.

Desde las relaciones de equivalencia, la teoría del Marco Relacional, fundamenta la forma en que se relacionan los diferentes conceptos, palabras y recuerdos del individuo con los problemas; y desde los hallazgos sobre la conducta gobernada por reglas verbales se fundamenta la forma de abordar la psicoterapia, sin instrucciones directas, donde el terapeuta ayuda a evidenciar las propias reglas del cliente (Kohlenberg et al., 2005).

Aunado a lo anterior, se podrá ver que dentro de las problemáticas en los casos clínicos es necesario tomar en cuenta las relaciones y contexto que están detrás de las palabras del paciente, ubicándose explícitamente en la mala conducta de los niños; se habrán de visualizar las quejas con aquello que verdaderamente sustenta la mala conducta del niño y su relación con la problemática del paciente.

Una vez consideradas de manera general, en relación a TAC, se ha de establecer su esquema de tratamiento. En este sentido, Vargas – Mendoza

(2006), describe que con dicho enfoque, una de las principales metas es esclarecer las trampas que el lenguaje verbal nos prepara, por lo que frecuentemente se emplean las metáforas y las paradojas lógicas para alcanzar este objetivo.

La aplicación práctica de la TAC consta de los siguientes pasos:

- **Desamparo creativo:** Generalmente, se considera el desamparo como algo negativo. En la TAC, no se procura una sensación de desamparo. En lugar de ello, se trata de ayudar al cliente a reconocer que lo que ha tratado de hacer con sus problemas no ha servido y que no sirve de nada insistir en ello. Si el cliente puede parar de hacer lo que no ha servido, es posible que pueda intentar con otra cosa. Este tipo de desamparo es creativo, porque permite al cliente alejarse de estar batallando e intentar algo nuevo.
- **El problema del control:** A pesar de que las estrategias de control parecen lógicas para muchas personas, se argumenta que en ciertas circunstancias, cuando el control se pretende aplicar sobre nuestros propios eventos privados, esto produce que la situación se empeore. Aunque es inefectivo, resulta razonable para los clientes el haber intentado controlar sus eventos privados como una forma de hacerles frente.
- **Diligente como Alternativa:** Si el terapeuta ha podido establecer la agenda de control del cliente como destructiva, resultará útil buscar una alternativa; ser diligente o estar dispuesto a cambiar (aceptación).
- **Deliteralización:** Se refiere a romper con los significados usuales del lenguaje, de manera que se disuelvan las estrechas clases de equivalencia. En la cultura, en general, se considera que las palabras son equivalentes a las cosas que describen, sin embargo, como resultado del trabajo de deliteralización, los pensamientos no solo se comprenden, sino que son escuchados como solo un sonido o simplemente observados como una relación verbal automática.

- **La Identidad como algo distinto de los Eventos Privados:** Los seres humanos tienden a identificarse con la programación que se ha acumulado a lo largo de sus historias. Se trata de una programación de naturaleza verbal, a partir del momento en que adquirimos las habilidades del lenguaje. Esta programación nos dota de la capacidad de extraer reglas basadas en la experiencia, lo que es una posibilidad de extraordinaria utilidad, aunque tiene también su lado oscuro, el cual consiste en que las personas al creer que ya han identificado su programación tienden a limitar su rango de posibilidades para responder, pues pretenden evitar contextos de experiencias negativas.
- **Valores y las Acciones Comprometidas:** La parte final del asesoramiento en valores consiste en generar metas relevantes, que sean importantes para el cliente y que serán el objetivo de lo que resta de la terapia. Ya establecidas las metas, el terapeuta reintroduce la idea de la aceptación. No tendría sentido aceptar el contacto con eventos privados dolorosos o indeseados, a no ser que tengamos metas que alcanzar.

Con todo lo anterior, se ha descrito de forma general el proceso de TAC, por lo que en el siguiente apartado se establece un ejemplo de aplicación en la problemática antes relatada.

De la información obtenida con la usuario y la intervención en TAC, se ha de destacar que de acuerdo a la demanda de la señora Clara, la cual es obtener formas con las que pueda controlar a su nieta, se establece la necesidad de delinear una intervención con un marco amplio, pues debido a los intentos previos y la conformación familiar, se puede vislumbrar que en el contexto se establecen diversas variables que contribuyen a la mala conducta de Laura, como lo es su relación con su madre y las expectativas de la señora Clara.

A continuación se establecen las fases de TAC y los cambios que se delinearían en este estudio de caso:

1.- Proceso de desamparo creativo

A partir de los intentos de la señora Clara por controlar la conducta de su nieta, se establece que éstos no han funcionado, desde intentos terapéuticos hasta consejos que le han dado sus familiares, en este sentido, se establece como objetivo:

a).- La señora Clara reflexionará sus acciones en torno al control de la conducta de su nieta, abarcando:

- Intentos terapéuticos
- Consejos familiares
- Contingencias directas (regaños, castigos, etc.)

Recursos Terapéuticos

- Confrontación directa a través de preguntas y analogías
- Uso de metáforas trasladándolas a su caso particular
- Ejemplos de situaciones

Aplicación

En esta fase se le confrontará a la señora Clara cuestionándola sobre los resultados de los intentos de solucionar sus problemas: - *¿Le han servido los intentos de medicación a su nieta?* - *¿Han servido los consejos de sus familiares?* - *¿Qué ha obtenido de regañar y castigar a su nieta?*

Se espera que la señora Clara reflexione que sus intentos sólo han hecho que la situación empeore, por lo que una vez conseguido esto, se harán uso de metáforas: - *“Es como una persona que cae sobre arenas movedizas, ella sentirá la desesperación y hará lo que sea para salir de ahí, sin embargo, ante su angustia y sus acciones rápidas solo conseguirá hundirse más”*.

Otra metáfora en relación al caso: - *Usted está en una situación de peligro, por ejemplo, se encuentra en un incendio en el último piso de un edificio, mucha gente le dice qué hacer, pero nadie le ayuda, por el contrario, la angustia se hace más fuerte ante los gritos de las personas.*

Una vez establecidas las reflexiones con las metáforas, se le dirá a la señora Clara que en ocasiones es mejor entrar en contacto con las situaciones problemáticas, pues nuestras acciones desesperadas pueden incrementar nuestros conflictos.

Finalmente, se le pondrán a la señora situaciones concretas, por ejemplo: *“Es como una madre que tiene conflictos con sus hijos, y para mejorar la relación, les compra todo tipo de cosas, los lleva a sitios de distracción, sin embargo, la relación no mejora. ¿Por qué?”*

2.- Establecer el problema del control

Con los intentos de la señora Clara por controlar la conducta de su nieta, se denota no sólo el intento de mediar con el exterior, sino que también ella busca controlar sus emociones derivado del descontrol de la conducta de Laura, lo cual, la ha llevado a realizar diversas acciones en resolver dicho problema, por lo cual, en esta fase se establece lo siguiente:

a) La señora Clara observará los problemas de establecer un control de sus emociones en relación a la conducta de su nieta, se abarcará lo siguiente:

- Repercusiones en la señora Clara de sus propias acciones
- Repercusiones en exterior de las acciones de la señora Clara

Recursos Terapéuticos

- Exploración directa a través de preguntas
- Exposición de sus acciones y los resultados
- Uso de metáforas trasladándolas a su caso particular

Aplicación

Con base en la reflexión de los intentos fallidos de solución, se extenderá la reflexión de la señora Clara en relación al problema del control, por lo que se harán preguntas directas en torno a este aspecto: - *¿Qué siente que su nieta la desobedezca?*, - *¿Qué consecuencias ha tenido de realizar acciones para que su nieta la obedezca (castigos, regaños, etc.)*

Con las respuestas de la señora Clara, se procederá a explicarle los resultados de sus acciones: *Como puede ver, el hecho de que su nieta le desobedezca, a usted le produce demasiado enojo y angustia, además, sus acciones para poder corregirla la han llevado a tener muchos conflictos con sus familiares, e inclusive su esposo, por lo que podemos ver, que el control no es la solución para la conducta de Laura.*

Con la exposición del problema del control, se guiará a la señora Clara a la reflexión por medio de metáforas, por ejemplo: *Imagínese que usted educa nuevamente a sus hijos, ellos le demandan tiempo, y usted les compra dulces para mantenerlos tranquilos, con el paso del tiempo, ellos demandarán más, por lo que ahora es necesario comprarles cosas más grandes, dicha situación le provocará mucha tensión, pues ya no podrá controlarla, en este sentido, si usted se esfuerza en ser más flexible en cuanto al control, poco a poco dejarán de existir demandas de los hijos, aunque esto es un proceso largo y de negociación de tiempos de convivencia.*

Otro argumento que se puede manejar con la señora Clara en relación al control y que tiene que ver con la educación de los hijos es precisamente el establecimiento de controlar todas las conductas adecuadas e inadecuadas de los niños: *Imagínese que educa a un niño de tres años, el niño no quiere comer, y usted quiere aplicar un horario de comidas que cree es conveniente, a pesar de sus esfuerzos, el niño no desea consumir alimento cuando usted quiere, ello le provoca angustia, pues entre más se esfuerza, el niño menos hace caso, como puede ver, no existe control y nuevamente, es necesario que usted sea flexible en torno a las situaciones que están pasando en la comida (en vez de forzar la comida), lo cual, le permitirá observar el por qué el niño no come y corregir de ser necesario, hábitos inadecuados en el niño.*

3.- La diligencia como alternativa

Una vez que se haya establecido que los intentos de control a nivel externo e interno por parte de la señora Clara no han dado solución alguna y en ocasiones

han maximizado el problema, se planteará la necesidad de diferenciar el malestar cotidiano al malestar destructivo:

La señora Clara diferenciará los estados de malestar ubicando los siguientes:

- Malestar de la vida cotidiana, por ejemplo, algún evento inesperado (mala noticia, desilusiones, etc.)
- Malestar disfuncional, por ejemplo, anclarse a una situación específica y querer establecer un control interno y externo.
- Ubicar el malestar adecuado

Recursos Terapéuticos

- Exposición de ejemplo por parte del terapeuta
- Uso de metáforas
- Ejercicios descriptivos de situaciones con el usuario

Aplicación

Abarcado el proceso del malestar del control, se expondrá a la señora Clara sobre los diversos malestares que sentimos en nuestra vida cotidiana: *Los diversos sentimientos que experimentamos en la vida, como lo es la angustia, la tristeza y el enojo es normal en algunas situaciones, por ejemplo, si usted recibe la noticia de que alguien querido falleció, es normal que usted sienta tristeza, es parte de la vida, sin embargo, hay otro malestar que no es normal, como lo es el hecho de angustiarse con una situación donde queremos establecer control, ya sea al momento de aferrarnos a mantener una relación o que nuestros hijos sean de la manera que queremos.*

Una vez expuesto la diferencia del malestar normal, del disfuncional, se harán uso de algunas metáforas, por ejemplo: *Imagine que usted está en una situación de enojo, por ejemplo, la responsabilizan de un error que usted no cometió, los sentimientos que experimenta son muy altos, sin embargo, usted puede reflexionar en torno a ello y ubicar que si no es su culpa, usted no debe enojarse tanto, por lo que es seguro que experimentará otro tipo de sentimientos.*

Si hace uso de dichas reflexiones, es decir, de lo que le corresponde preocuparse y de lo que no, usted estará en un estado de “disposición”, es decir, podrá diferenciar entre la ansiedad buena y mala.

Para finalizar esta etapa, se procederán a realizar ejercicios en hojas con algunos ejemplos concretos, donde la señora Clara diferencie si se trata de una situación donde existe preocupación normal o disfuncional.

4.- Deliteralización

En esta fase, se pretende abarcar de manera directa los discursos y expectativas de la señora Clara, los cuales, han establecido una relación directa con la forma en que se ha dirigido en la problemática, como es el hecho de asumir que ella tiene que hacerse cargo de la niña y ayudar a su hija.

La señora Clara identificará sus discursos en cuanto al cuidado de su nieta, se busca abarcar lo siguiente:

- Ideas asumidas en relación al cuidado de Laura
- Ideas asumidas en relación al papel de su hija en el cuidado de Laura
- Ubicación de las ideas en torno a los deseos de la señora Clara

Recursos terapéuticos

- Exposición del terapeuta en torno al uso de los discursos
- Uso de ejercicios para identificar los pensamientos
- Uso de metáforas

Aplicación

En esta fase se procederá a explicar a la señora Clara que sus discursos han contribuido a la forma en que asume su responsabilidad en la educación de su nieta: *La forma en que nosotros pensamos las cosas y las decimos tienen que ver mucho con nuestras acciones, en este sentido, todo lo que usted dice en relación a la educación de su nieta está determinado por sus preocupaciones en torno a su cuidado, aunque ello no sea su obligación.*

Al exponer de manera breve la forma en que los discursos determinan nuestras acciones y de manera particular, en el caso de la señora Clara, se realizarán ejercicios de identificación de pensamientos donde se establezca lo que en realidad se desea sin responder a un condicionamiento, por ejemplo: *Cuido a mi nieta, pero es obligación de mi hija ó Cuido a mi nieta, y es obligación de mi hija.*

Finalmente, se reforzarán las reflexiones con el uso de algunas metáforas, por ejemplo: *Usted piensa que si su hijo por llegar tarde a casa no cena es su culpa, ello le causa conflicto, sin embargo, si su hijo no come es porque no quiere, por lo que es necesario quitarse de culpas u obligaciones que no le corresponden.*

5.- Identidad

Con base en la identificación de los discursos y pensamientos de la señora Clara en torno a su demanda, se busca resaltar su experiencia a través de lo que cuenta y las acciones que ha tomado, particularmente, por el hecho de querer ayudar a su hija derivado de su sentimiento de culpa por haber dejado tanto tiempo sola a su hija, lo cual, es independiente de la situación presente.

La señora Clara ubicará la situación del presente en cuanto a la conducta de su nieta, destacando lo siguiente:

- Ideas que asume frente al pasado
- Relación del pasado con el presente
- Papel de la Sra. Clara en relación a su hija y nieta
- Identidad de la Sra. Clara

Recursos terapéuticos

- Exposición del terapeuta en relación al “aquí y ahora”
- Exploración a partir de preguntas y su relación con el presente
- Uso de metáforas

Aplicación

Se le explicará a la señora Clara la importancia del aquí y ahora: *Cuando realizamos nuestras acciones, es claro que lo hecho ya no lo podemos cambiar, lo que sí podemos hacer es procurar algo mucho mejor y establecerlo en el presente, no tiene caso ver hacia atrás, si no hacemos algo por este momento; en este sentido, no puede cambiar su relación en el pasado con su hija, pero sí puede hacer algo en el presente con ella y su nieta.*

Después de la explicación del “aquí y ahora”, se realizarán preguntas directas a la señora Clara que motiven a la reflexión: *¿Qué relación hay de la educación dada a su hija con la educación de su nieta? ¿Son las mismas circunstancias de educación? ¿Cree que pueden cambiar las circunstancias del pasado? ¿Qué podemos hacer en este momento?*

Para finalizar esta etapa de terapia, se procederá al uso de metáforas para reafirmar la reflexión de la identidad: *Imagínese que a una persona le dicen muchas cosas, que es honrada, humilde, alegre, no obstante, otros opinarán que es egoísta y gruñona, no importa lo que digan sea bueno o malo, solo la persona sabe quién es, y en esa medida, el pasado no le debe importar a pesar de los juicios, sólo usted sabe quién es.*

6.- Valores y acciones comprometidas

Una vez establecido el proceso anterior en relación a las preocupaciones de la señora Clara y la aceptación que ello conlleva junto a las implicaciones del contexto, y su sentir en cuanto a la conducta de su nieta, se establecen las acciones concretas comprometidas a realizar.

La señora Clara delinearé acciones comprometidas en torno a la conducta de su nieta, estableciendo las siguientes alternativas:

- Asumir el cuidado total de la niña
- Guiar a su hija Maribel en el cuidado de la niña
- Delegar la responsabilidad de la niña a Maribel con las implicaciones que conlleva.

Una vez elegida la acción concreta, ésta se irá trabajando a lo largo de la terapia, así pues, el terapeuta irá mostrando mediante ejercicios y analogías las distintas implicaciones de las acciones, las cuales, forman parte de cualquier proceso.

Recursos Terapéuticos

- Guía del terapeuta hacia las acciones
- Descripción del usuario en relación a sus acciones
- Uso de metáforas

Aplicación

En esta fase se guiará a la señora Clara a comprometerse con alguna acción, ello derivado de haber aceptado la parte de responsabilidad que le confiere en cuanto a la educación de su nieta: *Ya se han repasado todas aquellas cuestiones que tienen que ver con sus preocupaciones y sentimientos en torno a la educación de su nieta, ahora es tiempo de que se comprometa con las distintas posibilidades a realizar, dentro de esas posibilidades es claro que usted no es la responsable del cuidado de Laura, en este sentido, usted puede asumir las responsabilidades que ello conlleva en su totalidad o bien, guiar a su hija a que lo haga con lo que ello significa.*

Expuestas las posibilidades, se le pedirá a la señora Clara que se comprometa con alguna opción o que ella proponga alguna otra y que la describa.

También se hará uso de metáforas en esta fase, por ejemplo: *Una madre tiene muchas opciones en la crianza de sus hijos, puede optar por no trabajar y dedicarles todo el tiempo, o bien, distribuir tiempos y hacer su mejor esfuerzo aunque sea menor el tiempo dedicado, no importa lo que se elija, siempre y cuando exista compromiso en las acciones, eso es lo que debe de importar en sus decisiones.*

Para el registro de las sesiones y resultados se estableció el Formato de Registro (Véase Anexo 2).

CONSIDERACIONES FINALES

Con base en las técnicas de la terapia conductual revisadas, se puede notar que éstas responden a procesos estructurados y sistemáticos, los cuales, al momento de ser aplicados se centran específicamente en la conducta a modificar, en este sentido, se ha de destacar su rigurosidad y objetividad en relación a los cambios del sujeto (Ross, 1987).

Por otro lado, es importante mencionar que las técnicas poseen características graduales en cuanto a su aplicación, pues ellas van desde un simple reforzamiento, hasta el uso de autoinstrucciones que hacen uso de técnicas más sencillas, donde se resalta que se obtienen muy buenos resultados en educación especial y en conductas de niños.

Se deben dejar en claro las limitaciones de la terapia conductual, pues es evidente que éstas solo trabajan con base en las conductas observables, lo cual, supone una limitación en relación a la parte emocional, las ideas y juicios de la persona, los cuales, no son susceptibles de operacionalización y registro.

En cuanto a las intervenciones centradas en el modelo cognitivo – conductual se puede ver que tienen una gran amplitud de aplicación, desde problemas conductuales hasta problemas emocionales, de esta forma, las técnicas de dicho modelo ofrecen una gran variedad de posibilidades en relación al trabajo psicoterapéutico (Mahoney y Freeman, 1988).

Por otra parte, es necesario puntualizar que solo se describieron algunas de las técnicas más comunes, no obstante, existen un gran abanico de técnicas, además de que también se puede dar uso de las técnicas derivadas de la terapia conductual clásica.

Es necesario considerar la problemática a la cual se enfrentan las técnicas cognitivo – conductuales, pues evidentemente, cada intervención merece cierta particularidad, las cuales, se complejizan no solo en lo individual, sino que provienen de los contextos y pautas sociales específicas, ejemplo de esto es el caso clínico que ya se ha expuesto, pues para la selección de las técnicas a implementar fue necesario tomar en cuenta las características del paciente así

como la forma en la que se relacionaba con los miembros de la familia, para que de esta forma los resultados de las técnicas fueran efectivos y eficaces.

Respecto a las técnicas y antecedentes de la tercera generación de terapias, se puede destacar una atención importante al contexto del sujeto y a las nociones de complejidad inscritas en la conducta, lo cual, hace de dichas terapias un cambio innovador en relación a sus antecesoras (conductual y cognitivo conductual) (Hayes, 2004).

Ahora bien, no se debe de perder de vista que la tercera generación de terapias tiene un auge reciente, no obstante, no se deben de dejar de lado las propuestas que conlleva, ya que en el trabajo psicoterapéutico es necesario hacer nuevas propuestas que abarquen mayor efectividad en los problemas psicológicos, que no solo se limiten a un aspecto de la persona, sino que se vea al paciente como un todo y que pueda incidir en todos los ámbitos que se puedan ver afectados y alterados en la vida diaria.

Finalmente, se debe tomar en consideración que el psicólogo de la conducta debe tener claridad en la diferenciación de las técnicas empleadas en cada generación, pues cada una de ellas obtiene resultados importantes de destacar en las personas, esto realizado de maneras diferentes pero siempre enfocados en el bienestar del paciente.

CONCLUSIONES

La psicología a lo largo de su historia ha pasado por diferentes momentos, los cuales han servido para dar pie a la creación de diversas maneras de abordar los problemas que conciernen a la psicología.

Como ya es sabido, los inicios de la psicología fue difícil, la existencia de dos corrientes psicológicas muy diferentes entre sí, comenzaron el largo camino por recorrer, las cuales hasta ahora se han seguido manteniendo y han dejado un legado importante en la psicología.

En este espacio se abarcan tres momentos importantes de la psicología, como ya se ha expuesto en los apartados anteriores; se ha dividido en tres generaciones, la primera de ellas abarcando el conductismo, la segunda habla de las terapias cognitivo-conductuales y la tercera generación abarca un grupo de terapias que apenas se están abriendo camino en el campo de la psicología. Dichas generaciones han desarrollado técnicas para abordar los problemas psicológicos, las cuales si bien, difieren entre sí, siempre buscan resolver las problemáticas psicológicas de las personas para un bienestar futuro.

Diversas han sido las críticas que han recibido cada una de estas corrientes psicológicas. Así, el conductismo ha sido uno de los más criticados, pues se habla que deja de lado una parte importante de las personas, sin embargo, se le ha de reconocer que ha sido la base para otras corrientes, una de ellas es la cognitivo – conductual, que como su nombre lo dice, abarca los principios conductistas pero a su vez, le otorga un lugar importante a la parte cognitiva de las personas.

Estas dos corrientes, a lo largo de la historia han sido motivo de grandes discusiones, pues se debate que ninguna de ellas logra resolver totalmente todos los problemas psicológicos a los que se enfrentan las personas a lo largo de su vida, por ello, hasta estos días se han seguido proponiendo otras alternativas para tratar de cubrir estos huecos que han dejado las demás terapias.

Una de estas alternativas son las técnicas de tercera generación, las cuales proponen abarcar la conducta de las personas concediéndole un papel

importante al contexto y a que las personas actúen sabiendo y conociendo las consecuencias de sus conductas.

El auge de la tercera generación de terapias es relativamente reciente con respecto a las otras dos generaciones: por esta razón, estas técnicas aun no se han implementado ni reconocido totalmente como las técnicas conductistas y las cognitivo – conductuales, por ello a esta generación que apenas comienza le queda un gran camino por recorrer para obtener el reconocimiento que merece dentro de la psicología.

En este trabajo se pretendió que se tenga conocimiento de las maneras distintas con las que se cuenta para abarcar los problemas psicológicos de las personas, esto se hizo retomando estas tres generaciones de terapias y resaltando sus características, ventajas y desventajas de cada una de ellas, dando a conocer además un caso clínico y la forma en la que se desarrolló a lo largo de 10 sesiones con la terapia cognitivo – conductual y una propuesta de tratamiento con una de las técnicas de tercera generación.

Realizado esto, se procede a decir que las terapias de estas tres generaciones han demostrado su efectividad en diferentes campos que competen los problemas psicológicos de las personas, no obstante, dichas generaciones han sido blanco de críticas por su forma de trabajo en el pasado y probablemente lo seguirán siendo en un futuro, pero no por ello, alguna de estas tres generaciones dejará de contribuir con grandes aportes en el campo de la psicología clínica.

Finalmente se debe dejar claro que los casos clínicos son únicos, que si bien tienen características similares, no todos se pueden resolver de la misma manera, por ello existe un gran repertorio de técnicas de las que se puede hacer uso para obtener un óptimo resultado, dicha elección queda a criterio del terapeuta, el cual debe tener claro que lo que busca es el bienestar integral del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1985). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cruzado, J., Labrador, F. y Muñoz, M. (2005). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Dattilio, F. M. (1990). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.
- Gabino, A. (2000). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo – conductual*. Madrid: Pirámide.

- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, C. y Zaldívar, F. (2004). *Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (TAC) a sintomatología delirante: un estudio de caso.* *Psicothema*. 16 (1).
- Goldfried, M.R. (1995). *Terapia cognitivo – conductual*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gross, R. D. (1998). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual moderno.
- Hudson, W. y Weiner – Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Kendall, P. y Norton – Ford, J. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kazdin, A. (1989). *Historia de la modificación de la conducta*. España: Descleé de Brower.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). *Psicoterapia Analítico – Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, Aplicaciones y continuidad con el análisis del Comportamiento*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5 (2).
- Leitenberg, H. (1982). *Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Morata.
- Luciano, M.C. y Sonsoles, M. (2006). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Fundamentos, Características y Evidencia*. *Papeles del Psicólogo*. 27 (2).
- Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. España: Paidós.

- Mañas, I. (2006). *Nuevas Terapias Psicológicas: La Tercera ola de Terapias de la Conducta o Terapias de Tercera Generación. Gaceta de Psicología. 40 (1).*
- Méndez, F y Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta.* España: Ed. Biblioteca nueva.
- Meinchenbaum, D. (1998). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. J. y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos.* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Montgomery, W. (2007). *Complejidad, retórica de la complejidad y conductismos de tercera generación. Revista Peruana de Psicología. 1 (1).*
- Morón, R. (2006). *Un acercamiento a la Terapia Integral Conductual de Pareja. Infocop on line.*
- Olivares, J. y Méndez C. (2005). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva
- Pérez, I. (2000). *Habilidades sociales: educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e intervención.* Barcelona: Liberduplex.
- Pérez, M. (2007). *La Activación Conductual AC: Un acercamiento al tratamiento de la depresión. Infocop. 31 (1).*
- Phares, E. (1996). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica.* México: El Manual Moderno.
- Phares, E. y Trull, T. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica.* México: Limusa.

Rimm, C. y Masters, J. (1980). *Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas

Ross, A. (1987). *Terapia de la conducta infantil: Principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Limusa.

Vargas-Mendoza, J. E. (2006). *Terapia de Aceptación y compromiso*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En <http://www.conductitlan.net/TAC.ppt>

Vallejo, M.A. (2006). *Mindfulness*. *Papeles del Psicólogo*. 27 (2).

Vallejo, M.A. (2007). *El Mindfulness y la "Tercera generación de Terapias Psicológicas"*. *Infocop*. 33 (1).

ANEXOS

Sesión 1

Durante la primera sesión de la terapia se procedió a realizar la entrevista, en la cual se buscó obtener desde un principio la mayor información posible, la cual consistió en los datos sociodemográficos, la queja principal e información sobre la relación de la señora Clara, su hija Maribel y su nieta Ana Laura. Dicha información ya se concretó en la presentación del caso.

Sesión 2

Durante la sesión 2, se implementaron dos técnicas, solución de problemas y toma de decisiones.

Aunque la mayor parte del tiempo se dedicó a la segunda parte de la entrevista, también se hizo espacio para poder delimitar ciertas cosas y darle comienzo a que la señora Clara empiece a tomar decisiones con respecto a las responsabilidades de su hija Maribel, esto consistió en que le delegue cosas que tengan que ver directamente con el cuidado de Ana Laura.

Por otra parte, la técnica de solución de problemas se hizo presente al hablar de la relación de la señora Clara y su nieta Ana Laura, donde se llegó a la conclusión de que para comenzar a solucionar sus conflictos, lo mejor era que la señora Clara formara una alianza con su esposo, para poder mejorar la conducta de Ana Laura.

Sesión 3

En la sesión 3 se siguió manteniendo la toma de decisiones y la solución de problemas y se implementó asertividad.

Durante esta sesión se habló de los resultados que se obtuvieron al asignarle responsabilidades a Maribel, la señora Clara comenta que Maribel no quiso hacer caso de las cosas que se le pidieron, en cuanto a la alianza con su esposo se llegó al acuerdo de que el señor Carlos la apoyaría en la corrección de las malas conductas de su nieta. Con Ana Laura, la señora Clara notó que al mantenerse firme ante sus berrinches, la niña cedió un poco, aunque la señora no pudo mantenerse firme hasta el final de las situaciones.

La técnica de asertividad se utilizó cuando la señora Clara comentó que tenía un problema familiar, pues las hermanas de la señora le decían qué hacer

con Ana Laura cuando se veían, ello consistía en reprenderla o incluso las mismas tías la regañaban directamente, lo que ocasionaba que el señor Carlos se molestara con la señora Clara.

La propuesta fue que para no tener más conflictos con su esposo y sus hermanas, escuchara los consejos que le daban ellas, pero no en presencia de Ana Laura, y en cuanto a su esposo que llegara a acuerdos con él, para no romper la figura de autoridad frente a Ana Laura.

Al final de la sesión se le habló a la señora Clara sobre una toma de decisión importante, la cual consistía en que ella y su esposo asumieran la tutoría al cien por ciento de Ana Laura, o bien, el orillar a Maribel a que asuma el rol de madre.

Sesión 4

En la sesión 4 se habló sobre la toma de decisión de asumir la tutoría o no de Ana Laura. La respuesta fue que la señora Clara y su esposo están de acuerdo en no asumirla, no les parece correcto y no le van a quitar esa responsabilidad a su hija Maribel.

Durante esta sesión se habló de cómo ha ido llevando a cabo el manejo de los berrinches de Laura, y constató que lo ha manejado asertivamente, pues comenta la forma en que lo hace y que ésta le ha traído buenos resultados.

Una vez que se aclaró que la señora Clara y su esposo van a responsabilizar a Maribel el cuidado de Ana Laura, se le comentó que es un proceso largo, que es paso a paso y que la señora Clara y su esposo deben mantenerse firmes para lograrlo.

También se comentó que la figura de autoridad que la señora Clara tiene ante Ana Laura no es clara, que debe trabajar en ello, para lograr que su nieta la respete y mejore su relación. Esto lo debe de hacer cuando se encuentren solas y también frente a las hermanas de la señora Clara, pues se le recalcó que una figura de autoridad no solo es aquella que te reprende sino también la que te defiende de los demás.

En cuanto a su hija Maribel se le comentó a la señora Clara que lo que procede con ella es guiarla en el papel de madre, delegarle cada vez más cosas y provocar que ella se acerque más a Ana Laura.

Por último en esta sesión se abordó la reestructuración de roles, donde la señora Clara y su esposo se deben asumir como los abuelos de Ana Laura y como los padres de Maribel, por lo tanto, están en su derecho de poner reglas en su casa y que Maribel las acate.

Sesión 5

Durante esta sesión se siguieron teniendo presentes las técnicas de toma de decisiones, solución de problemas y asertividad.

Lo que se comentó en esta sesión fue que la señora Clara estuvo triste, pues reporta que el fin de semana se rompió la alianza con su esposo, pues éste ignoró el hecho de que la señora Clara le dijo que no le comprara cosas a Laura y que tampoco la dejara estar en la computadora. La señora Clara menciona que está muy molesta con su esposo por no haberla apoyado.

En cuanto a Maribel, la señora Clara dice que su esposo y ella hablaron con su hija y que le dijeron que tiene que asumir verdaderamente sus responsabilidades, a lo que ella reaccionó pasivamente. La señora Clara dice que los días siguientes a la plática, Maribel mostró actitudes agresivas.

Por otra parte, la señora Clara dice que aun le cuesta trabajo asumirse como la autoridad ante Maribel, pues ella dice no tener la costumbre ni la voz para exigirle cosas, por lo que pide las cosas invitándola para que las realice o lo pide de favor.

A partir de esto, se le enfatizó a la señora Clara que debe asumir su rol de madre ante Maribel, que no dé marcha atrás con lo que ya comenzó a hacer, pues traería graves consecuencias en Maribel y Laura.

También se le señaló a la señora Clara que asuma su rol como pareja, que se reconcilie con su esposo y hable con él de las consecuencias de romper su alianza y que realicen cosas ellos solos como pareja, que tomen la decisión de salir sin Maribel y Laura. Esto último también es con el propósito de que vayan

fomentando la convivencia entre Maribel y Laura, además de ir haciendo más responsable a Maribel sobre los cuidados de su hija.

Por último se le exhortó a la señora Clara que siga firme ante las cosas que va realizando, que tome otra actitud ante Maribel para comenzar a ver resultados más notables.

Sesión 6

En la sesión 6, la señora Clara reportó que Maribel ya muestra otra actitud, ya no está enojada, pero sigue haciendo las cosas que se le delegaron a medias, por lo que la señora Clara se desespera y ella completa dichas tareas.

Se le recalcó a la señora Clara que el papel de autoridad de su esposo está bien definido, que el de ella se debe seguir trabajando hasta que quede bien definido ante Maribel y Laura.

Se le sugirió a la señora Clara que reafirmara su alianza con su esposo, para que éste la siga apoyando, pero se le aclaró que dicha alianza debe ser recíproca, que ella también apoye las decisiones que él tome respecto a Maribel.

En esta sesión también se abordó el hecho de que la señora Clara y su esposo se vayan de viaje sin Maribel y Laura, a lo que ella comenta que los dos lo están pensando, pues les resulta difícil viajar sin ellas.

La sesión finalizó con la reiteración a la señora Clara de que se mantenga firme ante las cosas que está diciendo respecto a Maribel y que no dé marcha atrás.

Sesión 7

Al inicio de esta sesión, se procedió a indagar sobre cómo le había ido en la semana, a lo que la señora Clara respondió que no muy bien, se notaba preocupada por el hecho de que veía en Maribel apatía al realizar las cosas y por lo tanto la señora le tenía que decir qué es lo que debe hacer o incluso ella misma realizar dichas labores.

En cuanto a la figura de autoridad de la señora Clara frente a Maribel, sigue sin ser marcada, pues la señora Clara comenta que Maribel no le hace mucho caso y no le da explicaciones de lo que realiza, en cambio, con el señor Carlos sí accede a dar la información cuando él se la pide.

Durante esta sesión también se le dijo que ella y su esposo tenían que reestructurar su forma de ver las cosas, pues seguían asumiendo muchas responsabilidades respecto a Maribel y Laura, por lo que tenían que trabajar en ello, que era poco a poco, pero que no deben dejar pasar más tiempo, pues después sería contraproducente.

En esta sesión, se implementó también la técnica de juego de roles, pues en el discurso la señora sigue mencionando que le cuesta mucho trabajo pedirle las cosas a Maribel para que ésta las realice. En el ensayo realizado, se detectó que la señora Clara da muchas explicaciones, no es directa y sigue pidiendo las cosas de favor, posteriormente se le mostró un ejemplo de cómo tiene que decir las cosas, el tono de voz que debe usar y se le hizo hincapié en que se debe mantener firme en lo que pide y no dar explicaciones más allá de las necesarias.

Sesión 8

Durante la sesión 8, se comentó lo que se había realizado durante las vacaciones, si la señora Clara y su esposo se habían ido de viaje solos o qué es lo que habían decidido. La señora Clara comentó que Maribel y Laura se fueron de vacaciones, que ellas solas arreglaron las cosas y se fueron la semana completa, por lo que la señora Clara y su esposo tuvieron el tiempo libre para realizar sus actividades y no tener responsabilidades más que las propias. Al respecto, la señora Clara dice que se sintió muy bien y está motivada a seguir trabajando para lograr que Maribel asuma su rol de madre totalmente.

En esta sesión también se hizo evidente que las cosas han ido avanzando, poco a poco, pero Maribel ya asume más responsabilidades con Laura, también que la conducta de Laura ha mejorado, que su actitud es diferente y que ya convive mas armoniosamente con todos los familiares. Se le dejó claro a la señora Clara que tiene que seguir firme en su decisión de asumir sólo el rol de abuela frente a Laura y el de madre con Maribel, por lo tanto, se le dijo que tiene que hablar con su esposo y llegar a un acuerdo de cuánto tiempo más van a seguir apoyando a Maribel con la escuela.

Sesión 9

En la sesión 9, la señora Clara se mostró muy alegre y satisfecha por el trabajo que se ha venido realizando, pues comenta que la conducta y la actitud de Laura han ido mejorando notablemente, que su relación ya es mucho mejor y que accede a hacer las cosas por sí sola.

En cuanto a la relación con el señor Carlos, la señora Clara dice que su convivencia ha mejorado, que han empezado a hablar sobre las decisiones del hogar y que se ha integrado más en la dinámica familiar.

Por otra parte, con Maribel la señora Clara reporta que aun le cuesta trabajo que ella se haga cargo al cien por ciento de todas las responsabilidades de Laura, lo que se le dijo es que no se desespere, que es un proceso y que los resultados los verá si ella sigue firme y constante con las decisiones que ha ido tomando, por lo pronto, que la señora Clara la siguiera guiando en la labor de ser madre.

Sesión 10

La sesión 10, fue de cierre, en ella se hizo un recuento de las cosas que han ido sucediendo a lo largo de las terapias. Se contrastó el inicio y el final de la terapia y se le enfatizaron dichos cambios a la señora Clara.

La señora Clara hizo comentarios y observaciones de lo notorio que eran esos cambios, en especial en la conducta de su nieta Laura, en la relación de pareja con su esposo y en cuanto a Maribel considera que aún le falta mucho camino por delante, pero ella está dispuesta a seguir haciendo su parte para que las cosas se acomoden en su lugar.

Al final de la terapia, se dio el cierre formalmente y se le enfatizó a la señora Clara que todo lo logrado hasta este momento era por el trabajo que ella ha realizado, pues a final de cuentas, las decisiones las ha tomado ella.

Formato de Registro

Terapeuta: _____

Sesión: _____ Fecha: _____

Usuario: _____ Fase de Intervención: _____

Ejercicio realizado: _____

Descripción: _____

Resultados

| Ensayo | Resultado | Observaciones |
|--------|-----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |