



UTPL

La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

Bases Teóricas de la Psicoterapia

Guía didáctica





Facultad Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

Bases Teóricas de la Psicoterapia

Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
Psicología	VII

Autores:

Verónica Alexandra Valle Vivanco

Reestructurada por:

Marco Antonio Jiménez Gaona



Bases Teóricas de la Psicoterapia

Guía didáctica

Verónica Alexandra Valle Vivanco

Reestructurada por:

Marco Antonio Jiménez Gaona

Diagramación y diseño digital

Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilocialtda@ediloja.com.ec

www.ediloja.com.ec

ISBN digital -978-9942-39-224-4

Año de edición: septiembre, 2021

Edición: primera edición reestructurada en febrero 2025 (con un cambio del 20%)

Loja-Ecuador



Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual** 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de **Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Índice

1. Datos de información	8
1.1 Presentación de la asignatura.....	8
1.2 Competencias genéricas de la UTPL.....	8
1.3 Competencias del perfil profesional	8
1.4 Problemática que aborda la asignatura	8
2. Metodología de aprendizaje	10
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	11
Primer bimestre	11
Resultado de aprendizaje 1:	11
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	11
Semana 1	11
Unidad 1. Fundamentos de la psicoterapia	12
1.1. Aproximación a una definición sobre psicoterapia.....	12
1.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias	14
Actividades de aprendizaje recomendadas	22
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	23
Semana 2.....	23
Unidad 1. Fundamentos de la psicoterapia	23
1.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias	23
1.3. Relación terapéutica	25
1.4. Las comunicaciones en psicoterapia	27
Actividades de aprendizaje recomendadas	33
Autoevaluación 1	34
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	36
Semana 3	36
Unidad 2. Modelo psicodinámico.....	36
2.1. Dinámica: la energía de la personalidad.....	36
2.2. El aparato psíquico	37



2.3. Las fases del desarrollo infantil	39
2.4. Tratamiento	40
Actividades de aprendizaje recomendadas	44
Autoevaluación 2.....	46
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	48
Semana 4.....	48
Unidad 3. Modelo humanista y existencial.....	48
3.1. Terapia centrada en la persona	49
Actividad de aprendizaje recomendada	52
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	53
Semana 5.....	53
Unidad 3. Modelo humanista y existencial.....	53
3.2. Terapia Gestalt	53
Actividades de aprendizaje recomendadas	59
Autoevaluación 3.....	59
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	61
Semana 6.....	61
Unidad 4. Modelo sistémico.....	61
4.1. Modelo estratégico comunicacional	62
Actividad de aprendizaje recomendada	65
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	66
Semana 7.....	66
Unidad 4. Modelo sistémico.....	66
4.2. Terapia intergeneracional	67
4.3. Terapia familiar existencial.....	73
Actividades de aprendizaje recomendadas	74
Autoevaluación 4.....	75
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	77
Semana 8.....	77



Actividades finales del bimestre	77
Actividades de aprendizaje recomendadas	77
Segundo bimestre.....	78
Resultado de aprendizaje 2:	78
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	78
Semana 9	78
Unidad 5. Modelo cognitivo conductual	79
5.1. Terapia conductual: principios básicos	79
Actividades de aprendizaje recomendadas	88
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	90
Semana 10	90
Unidad 5. Modelo cognitivo conductual	90
5.1. Terapia conductual: principios básicos	90
Actividades de aprendizaje recomendadas	104
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	106
Semana 11	106
Unidad 5. Modelo cognitivo conductual	106
5.2. Terapia racional emotiva conductual.....	106
Actividad de aprendizaje recomendada	111
Resultado de aprendizaje 3:	113
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	113
Semana 12.....	113
Unidad 5. Modelo cognitivo conductual	113
5.2. Terapia racional emotiva conductual.....	113
Actividad de aprendizaje recomendada	118
Resultado de aprendizaje 2:	119
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	119
Semana 13	119
Unidad 5. Modelo cognitivo conductual	119



5.3. Terapia cognitiva	120
Actividades de aprendizaje recomendadas	126
Autoevaluación 5.....	128
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	129
Semana 14.....	129
Unidad 6. Modelo integrativo.....	129
6.1. Desarrollo del modelo integrativo	130
6.2. Técnicas.....	133
6.3. Aplicaciones	133
Actividades de aprendizaje recomendadas	135
Autoevaluación 6.....	137
Resultado de aprendizaje 3:	139
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	139
Semana 15.....	139
Unidad 7. Modelos contemporáneos.....	139
7.1. Terapias de tercera generación.....	140
7.2. Terapia de aceptación y compromiso.....	140
Actividades de aprendizaje recomendadas	144
Autoevaluación 7	145
Resultado de aprendizaje 2 y 3:	147
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	147
Semana 16.....	147
Actividades finales del bimestre	147
Actividad de aprendizaje recomendada	147
4. Autoevaluaciones	148
5. Referencias bibliográficas	156





1. Datos de información

1.1 Presentación de la asignatura



1.2 Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación en inglés.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3 Competencias del perfil profesional

Elabora, diseña y ejecuta programas de intervención en función a los diferentes contextos psicológicos a nivel primario y secundario.

1.4 Problemática que aborda la asignatura

En el séptimo nivel académico, la asignatura de Bases teóricas de la psicoterapia permite al estudiante adquirir conocimientos específicos sobre los distintos modelos teóricos propuestos en el ámbito de la psicoterapia, el proceso terapéutico y las técnicas. De esta manera, el estudiante identificará la



importancia de obtener un conocimiento y habilidades asociadas a los diferentes modelos e incluso motivarse hacia la mayor y mejor comprensión del uso de uno u otro modelo.





2. Metodología de aprendizaje

Durante el desarrollo de la asignatura se aplicará el método de aprendizaje basado en problemas, que es una técnica didáctica que tiene como objetivo principal el de fomentar el pensamiento autodirigido y crítico de los estudiantes encaminado a la solución de problemas. Un aspecto importante a considerar para el éxito de dicho método es el reconocimiento de que los estudiantes son elementos activos dentro de sus procesos de aprendizaje continuo.

El rol del docente es clave en este proceso porque es el encargado de orientar y apoyar a los estudiantes con diversas herramientas y estrategias para que, de forma autónoma, desarrollen un pensamiento crítico en la toma de decisiones y solución de conflictos concretos.





3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1:

Comprende los enfoques teóricos y prácticos de los modelos y escuelas de psicoterapia existentes.

El estudiante desarrolla una comprensión integral de los enfoques teóricos y prácticos de los modelos y escuelas de psicoterapia, lo que le permite analizar sus fundamentos, principios y aplicaciones en distintos contextos clínicos. A través del estudio comparativo de las corrientes psicológicas, podrá identificar sus diferencias, similitudes y aportes al ejercicio profesional, fortaleciendo así su capacidad crítica y reflexiva en la selección de estrategias terapéuticas adecuadas para diversas problemáticas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 1

Estimado(a) estudiante, en el transcurso del primer bimestre abordaremos temáticas de gran relevancia dentro del campo de la psicología.



Comenzaremos por los fundamentos teóricos del proceso terapéutico para que, de esta forma, en posteriores unidades se tenga una mejor comprensión de los distintos modelos psicoterapéuticos; en esta primera parte del período académico nos enfocaremos exclusivamente en el modelo psicodinámico, el modelo humanista y existencial, y el modelo sistémico.

En el desarrollo de cada una de las unidades encontrarán distintas actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos que ayudarán a reforzar sus conocimientos y obtener un aprendizaje significativo.

Unidad 1. Fundamentos de la psicoterapia

Estimado(a) estudiante, en la primera semana se abordará la unidad 1 denominada Fundamentos de la psicoterapia, partiendo de la conceptualización del término y, posteriormente, nos enfocaremos en los pasos del proceso terapéutico y sus principales estrategias. Los contenidos se encuentran disponibles en el texto complementario: [Psicoterapia](#) capítulo 1 y 2, páginas 5-22 (Balarezo, 2017).

1.1. Aproximación a una definición sobre psicoterapia

La psicoterapia proviene de las siguientes palabras griegas:

- Psico = *Psyche* (espíritu, alma o ser).
- Terapia = *therapeutikos* (asistente o aquel que cuida de otro).

La psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona (Kleinke, 2002).

A continuación, en la tabla 1 podrá visualizar algunas definiciones de psicoterapia con respecto a las diferentes corrientes de la psicología:



Tabla 1*Definiciones de psicoterapia.*

Autor	Definición
Yates	"Tratamiento de desórdenes psíquicos o mentales mediante el empleo de influencias mentales".
Eysenck	"Intento de alterar el comportamiento y la emoción humana en una forma benéfica, de acuerdo a las leyes del aprendizaje".
Sluchevski	"Conjuntos de las más variadas medidas de acción terapéutica que tienen por objeto influir, por medio de la palabra, sobre la actividad de la corteza". "La psicoterapia se realiza por vías de sugestión, de explicación y de convencimiento".
Román Toledo y Rodríguez Rivera	"La rama o modalidad de la terapéutica médica que metodológicamente utiliza la comunicación humana, basándose en los aportes de las ciencias que estudian la personalidad; que se desenvuelven en el marco de la relación, produciendo un aumento, una recodificación, o ambos de la información del sistema nervioso central, que modifica el factor psíquico existente en toda enfermedad...".
Domínguez	"Tratamiento por medios psicológicos de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad".
Whitfor Delgadillo	"Técnica de tratamiento psicológico cuyo instrumento esencial es la palabra dentro de una relación psicoterapeuta-paciente, cuyo objetivo fundamental es el promover las transformaciones cuantitativas y cualitativas de la personalidad, transformaciones que encuentran su materialización únicamente en la actividad social".

Nota. Adaptado de *Psicoterapia* (2a. ed.) (pp. 5-9), por Balarezo, L., 2017, Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Como se puede observar, no existe una definición específica sobre el término, sino que hay varios autores que la denominan diferente dependiendo de su inclinación teórica.





Para complementar el abordaje de la temática, invito a revisar el siguiente video denominado [¿En qué consiste una psicoterapia?](#), posterior a la visualización podrá comprender que la psicoterapia permite al paciente ver los problemas de una perspectiva diferente para tomar decisiones que ayudan a sentirse mejor.

El terapeuta es el profesional que muestra una postura de apoyo en todo este proceso, ayuda a entender de mejor manera y a tomar otra perspectiva al paciente o cliente.

1.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias

Los teóricos de la psicoterapia, dependiendo de su enfoque, presentan diferentes perspectivas con respecto a los pasos dentro del proceso terapéutico, aunque las fases principales son similares en todos los casos: se inicia con el contacto inicial y análisis del problema, posterior a ello, formulación y contraste de hipótesis, establecimiento de objetivos terapéuticos, diseño del plan de tratamiento, intervención psicológica, evaluación y terminación de la terapia y seguimiento (Bados y García, 2009).

El autor del texto complementario sintetiza los pasos del proceso terapéutico de la siguiente manera: expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista, investigación, planificación del proceso, aplicación técnica y evaluación del proceso.

Le invitamos a profundizar sus conocimientos sobre el proceso terapéutico y sus estrategias.



Proceso terapéutico y sus estrategias

1.2.1. Expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista

El primer encuentro del psicoterapeuta y el cliente no es un evento casual y carente de significado, durante esta interacción se evidencia la presencia de ciertos factores tanto externos como internos.

- **Factores externos:** factores climáticos, ubicación geográfica, compromisos sociales y familiares.
- **Factores internos:** en el paciente influye la motivación hacia el tratamiento, interés por mejorar su situación, experiencias con tratamientos anteriores, intentos fallidos a la hora de resolver su problemática.

En cambio, en el terapeuta los aspectos que influyen en el primer contacto con el cliente son: la disponibilidad de tiempo, la orientación doctrinaria, los intereses personales y las experiencias profesionales.

Motivaciones y expectativas en el paciente

A continuación, algunas motivaciones o expectativas que presentan los pacientes:

- La mayor parte de pacientes que acuden a terapia es por la búsqueda de soluciones para sus problemas o para disminuir y eliminar su sintomatología.
- Otros pacientes asisten para complacer a familiares o personas que se encuentran íntimamente relacionados con ellos.
- En ciertos casos, el acudir a terapia satisface una motivación personal o social, la cual se cumple por exigencia de su estatus.
- Finalmente, hay grupos que acuden con un mínimo grado de conciencia o por ciertas exigencias tanto personales e institucionales (Balarezo, 2017).

El paciente, antes de acudir a terapia, presenta algunos eventos a partir de la aparición de la problemática hasta el momento que llega a consulta.



Primeramente, la toma de conciencia de las dificultades y sintomatologías que presenta y que cada vez son más intensas. Luego, el paciente trata de buscar autosoluciones y se coloca en una postura de poca importancia, esperando que pase por sí solo el conflicto. En el transcurso acude a la búsqueda de ayuda, consejos, tratamiento, etc. (Balarezo, 2017).

Expectativas del terapeuta

Las diversas formas de actuación del terapeuta durante el desarrollo y formación profesional también establecen ciertas expectativas, intereses y actitudes terapéuticas que intervienen en el primer contacto con el cliente. Las expectativas del psicoterapeuta son distintas a lo largo de su trabajo profesional, tomando en cuenta las diversas experiencias dentro de cada proceso. En la figura 1 se mencionan los elementos que intervienen en las expectativas del psicólogo.

Figura 1
Elementos que intervienen en las expectativas del psicólogo.



Nota. Adaptado de *Psicoterapia* (2a. ed.) (p. 14), por Balarezo, L., 2017, Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



Expectativas de familiares, amigos e instituciones

Diversas manifestaciones como la ansiedad, la tristeza, el temor o la preocupación en los familiares son frecuentes y evidentes en todos los pacientes. Por otro lado, los factores que obstaculizan en el proceso o la primera entrevista son la sobreprotección, el desinterés y los sentimientos de culpa (Balarezo, 2017).

1.2.2. La primera entrevista y el establecimiento de la primera relación terapéutica

A continuación, analizaremos los diferentes aspectos que deben tomarse en cuenta en el primer contacto terapeuta-paciente.

Establecimiento del rapport

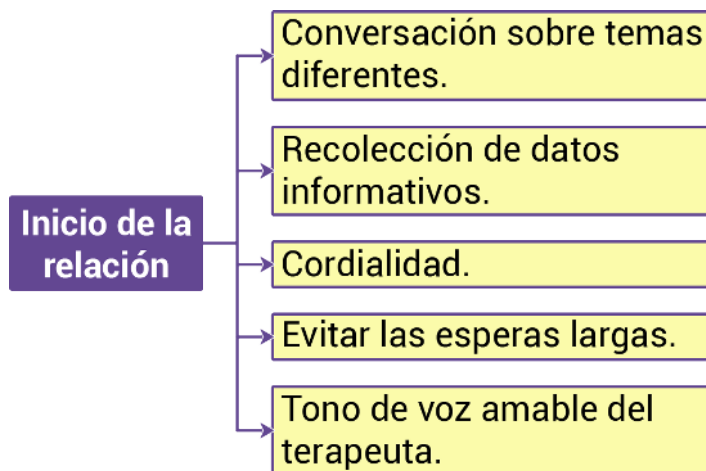
El rapport es el sentimiento de confianza y armonía que se debe presentar entre terapeuta-paciente, buscando un ambiente adecuado para estimular el proceso terapéutico. La confianza que se establezca, especialmente en los primeros minutos de la sesión, puede aumentar en gran parte la capacidad para conducir el desarrollo de la terapia (Morrison, 2015).

El terapeuta debe establecer con el paciente un adecuado clima de confianza, comodidad, libertad, tranquilidad y solidaridad, mostrando una actitud permisiva, respetuosa, empática y cordial. La comunicación verbal y no verbal es un pilar fundamental dentro del establecimiento del rapport, en cuanto a la comunicación no verbal, se deben considerar ciertos detalles como la postura, la atención brindada, signos de intranquilidad y la gesticulación (Morrison, 2015). En la figura 2 se evidencian algunas tácticas que se emplean al inicio de la relación terapéutica.



Figura 2

Tácticas que se emplean al inicio de la relación.



Nota. Adaptado de *Psicoterapia* (2a. ed.) (p. 17), por Balarezo, L., 2017, Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Aproximación diagnóstica

El terapeuta, en el proceso de recolección de información, debe presentar una postura empática, cordial y que los pacientes se sientan seguros y confiados. Los aspectos que se indagan en esta fase son motivo de consulta, historia del problema, tratamientos previos y actuales, motivación, expectativas y objetivos; limitaciones y recursos del cliente, trastornos anteriores y asociados; y diferentes áreas básicas del cliente. (Bados & García, 2009).

Para recolectar la información se emplean diferentes recursos: se empieza con la entrevista que puede ser complementada por cuestionarios generales, para ampliar la información se utiliza evaluaciones específicas, la entrevista a otras personas, la observación, el autorregistro (Bados & García, 2009).

Confesión y la desinhibición emocional

El terapeuta facilita la catarsis para eliminar la tensión que tiene el paciente al llegar por primera vez a terapia, es recomendable poseer una postura no directiva, sin críticas ni asombros. La empatía es un aspecto fundamental dentro de todo el proceso terapéutico que actúa como facilitadora para la desinhibición emocional del paciente (Balarezo, 2017).



Para comprender de mejor manera el término empatía invito a revisar el siguiente video: [Empatía: el vínculo humano para la atención del paciente.](#)

Como se puede observar, la atención al cliente no solo se basa en la curación o solución de su problemática, sino el poder comprender la situación mediante una escucha activa, entendiendo cómo se siente, cómo piensa o actúa, para que de esta manera el paciente se sienta cómodo y seguro creando un clima terapéutico adecuado.

Estrategias estimulativas y de apoyo

El terapeuta, al conocer las características del cliente y del trastorno, debe manifestar apoyo incondicional para generar confianza, mostrando optimismo y tranquilidad a la hora de iniciar el tratamiento, que serán dirigidas al paciente para dar a conocer la factibilidad de las intervenciones y la mejora en la calidad de vida (Balarezo, 2017).

La devolución de información de manera inmediata por parte del terapeuta ayuda al cliente a conocer la opinión del profesional con respecto al problema, es factible que se refuerce la motivación para la continuación del tratamiento (Balarezo, 2017). La devolución de información puede ser de manera oral y escrita, en esta fase el terapeuta comunica al paciente sobre el curso de la entrevista, los resultados obtenidos durante la exploración psicológica y mencionar posibles recomendaciones con respecto a las intervenciones psicológicas, si el caso lo requiere, este aspecto se lo denomina fase devolutiva (Muñoz et al., 2019).



Estructura y afianzamiento de la relación terapéutica

Es un espacio de reajustes y acuerdos donde se establecen responsabilidades comunes sobre la intervención a efectuar. Una actitud de calidad, respetuosa, reflexiva y atender la experiencia del paciente permite aumentar el grado de implicación emocional del paciente y fortalece la relación terapéutica (Etchevers et al., 2014). Posterior al reforzamiento de la alianza terapéutica, se tomarán en cuenta detalles como la frecuencia, la duración de las sesiones, los honorarios por servicios y el tiempo estimado del tratamiento, estos aspectos se los puede detallar en el consentimiento informado (Balarezo, 2017).

Para mayor información con respecto al consentimiento informado:

El consentimiento informado es un documento que proporciona información relevante al paciente para que decida libremente participar ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. (De Rosa, 2013).

El consentimiento informado requiere ciertos aspectos:

1. Debe ser un proceso continuo, comunicativo, prudencial y deliberado.
2. Voluntariedad.
3. Proporcionar información suficiente haciendo hincapié en lo siguiente:
 - El método psicoterapéutico a emplear y las condiciones (deben incluir políticas de cancelación).
 - Explicación sobre la naturaleza y objetivos del procedimiento.
 - Beneficios, riesgos y efectos secundarios.
 - Alcance y probable duración del tratamiento psicoterapéutico.
 - Condiciones económicas (costo aproximado, pago por sesiones perdidas etc.)
 - Confidencialidad.
 - Procedimiento de reclamaciones.
4. Información comprensible, adaptada al nivel sociocultural del paciente.
5. Capacidad por parte del cliente para comprender la información.



6. Al finalizar, el paciente debe tomar una decisión de aceptación o rechazo al proceso terapéutico ofrecido por el profesional. (Castilla y Catilla, 2001. De Rosa, 2013).

En el caso de intervenciones grupales, institucionales o comunitarios, el profesional debe ofrecer información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas a abordar, los objetivos que se proponen y el método utilizado (De Rosa, 2013).

En los menores de edad o personas legalmente incapacitadas, se hará saber toda la información antes mencionada a los padres y tutores. (De Rosa, 2013).

Cada terapeuta debe realizar un consentimiento individualizado con respecto al paciente y al tratamiento que se empleará. (De Rosa, 2013).

El consentimiento informado en la psicoterapia trae consigo diversos beneficios. Dos de ellos son:

- El proporcionar información adecuada y una decisión tomada permiten al paciente ser agente activo en la intervención psicológica.
- Disminuye el riesgo de una dependencia regresiva, que puede provocar un tratamiento inefectivo y resultados destructivos. (Castilla y Castilla, 2001).

Las ventajas terapéuticas del consentimiento informado son las siguientes:

- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- La relación entre el paciente y el terapeuta se hace más simétrica.
- Aumentar la participación y el compromiso del cliente en la terapia. (Castilla y Castilla, 2001).

Le invito a revisar el siguiente módulo didáctico donde se detalla más este tema.

[Consentimiento informado](#)



La estructuración del tratamiento es recomendable realizarla posterior a la recolección de datos o al finalizar la sesión, puesto que en esta fase los criterios diagnósticos están más ajustados.



Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana 1 le invito a leer el texto complementario denominado [Psicoterapia](#) de la página 5 a la 22 para profundizar en la temática.

Posteriormente, debe realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión sobre la psicoterapia y su proceso.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Definición de psicoterapia

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1 debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto complementario [Psicoterapia](#) (Balarezo, 2017), capítulo 1. Aproximaciones a una definición de psicoterapia, específicamente las definiciones por cada uno de los autores.
- Posterior a la lectura, elaborar una definición propia sobre el término psicoterapia.

Finalizada la primera actividad, comprenderá la conceptualización del término psicoterapia y cómo ésta ayuda a las personas a revisar sus problemas desde una perspectiva diferente, siendo el terapeuta un acompañante en este proceso para afrontar situaciones que alteran su calidad de vida.

Actividad 2. Cuadro sinóptico sobre las expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista e investigación

Procedimiento



Estimado(a) estudiante, para realizar la segunda actividad debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto complementario [Psicoterapia](#) (Balarezo, 2017), capítulo 2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias, específicamente, el apartado, Expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista e investigación.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un cuadro sinóptico con las ideas destacadas anteriormente.

Estimado(a) estudiante, al finalizar la segunda actividad recomendada usted conocerá cuáles son las expectativas y motivaciones de los pacientes, del terapeuta y de los familiares y personas íntimamente relacionadas con el paciente a la hora de introducirse en un proceso terapéutico y que influyen en el mismo.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 2

Unidad 1. Fundamentos de la psicoterapia

1.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias

Estimado(a) estudiante, en esta semana continuaremos con los subtemas de la unidad 1, Fundamentos de la psicoterapia, nos enfocaremos en la importancia de la relación terapéutica dentro del proceso de intervención y posteriormente hablaremos sobre la comunicación verbal como no verbal. Los contenidos se encuentran disponibles en el texto complementario [Psicoterapia](#) capítulo 2 (Balarezo, 2017).

1.2.3. Planificación



La planificación del proceso terapéutico dependerá de la evaluación realizada previamente, es decir, de la hipótesis explicativa del mantenimiento de la problemática que se ha decidido intervenir, la naturaleza de los objetivos y las características del cliente y del problema (Bados y García, 2009).

El primer paso a la hora del diseño del tratamiento es seleccionar las diferentes variables explicativas cuya modificación posibilitará el cambio de la conducta problema y el logro de los diferentes objetivos terapéuticos propuestos (Bados y García, 2009).

Seleccionadas las variables explicativas a modificar, se procede a la elección de las técnicas y las diferentes formas que se emplearán para lograrlo, para ello, se debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Eficacia de las técnicas que se utilizarán para las variables a modificar.
- La utilidad clínica de las técnicas, tomando en consideración resultados en contextos similares (casos reales).
- Posibles consecuencias secundarias positivas y negativas.
- Variables del cliente, del terapeuta y del medio.

1.2.4. Aplicación de técnicas

Una vez establecidos los objetivos e identificadas las técnicas se procede a la aplicación durante el proceso terapéutico, aunque el plan de tratamiento a aplicar ya está acordado por ambas partes, la manera concreta de desarrollar se va aplicando paso a paso siguiendo la orientación temporal planificada y tomando en consideración las incidencias que se van presentando, para ello es importante identificar los obstáculos que se pueden presentar durante la aplicación de las técnicas e intentar buscar posibles soluciones (Bados y García, 2009).



La planificación o plan terapéutico dependerá de cada uno de los teóricos de acuerdo con las corrientes con las que se identifican, algunos aspectos en común son los siguientes: objetivos terapéuticos, organización temporal y técnicas a utilizar. Para profundizar en la estructuración del tratamiento, le invito a revisar el siguiente módulo didáctico.

[Elaboración del plan terapéutico](#)

1.2.5. Evaluación de la psicoterapia

En la evaluación del proceso terapéutico, un recurso muy utilizado es la aplicación de instrumentos psicométricos para la valoración de los cambios logrados y el nivel en que se han conseguido los objetivos terapéuticos propuestos. Así mismo, existen otros recursos para evaluar la psicoterapia y lograr la mayor objetividad posible: criterio del terapeuta, criterio del paciente, percepciones de los familiares y mediciones fisiológicas (Bados y García, 2009).

Con lo antes expuesto, podemos apreciar que no existe un recurso específico y determinado para evaluar el progreso o la supresión de sintomatología del paciente dentro del proceso terapéutico, puesto que este constituye un aspecto sin solución definitiva actualmente.

1.3. Relación terapéutica

La relación paciente-terapeuta es la interacción personal, es el resultado de diferentes contingencias dependiendo de la evolución histórica de ambas partes, al igual que las actitudes y características que predominan en una cultura o sociedad determinada. Las experiencias previas del paciente pueden influir en el contacto terapéutico, puesto que es un producto de influencias familiares, sociales y culturales (Balarezo, 2017).

En un estudio realizado por Arango y Moreno (2009) consideran que la mayoría de las corrientes psicológicas comparten una definición similar sobre el concepto de la relación terapéutica, resaltando que es una interacción entre



dos individuos dentro de un contexto psicoterapéutico, reconociendo que existen diferentes factores para el establecimiento del mismo: la empatía, la flexibilidad, la iniciativa y la actitud del terapeuta.

En gran cantidad de estudios empíricos han destacado la importancia de desarrollar una adecuada relación terapéutica, puesto que trae consigo el éxito del proceso. La meta de la relación terapéutica es crear adecuadas condiciones que permitan el cambio en los pacientes y no una imposición, es decir, la relación terapéutica permite a los psicoterapeutas desarrollarse como instrumentos del cambio (Kleinke, 2002).

Características personales del paciente y el terapeuta

- **Paciente:** motivación al tratamiento, estado de las funciones intelectivas, nivel de integración de la personalidad, capacidad de resultado emocional y flexibilidad.
- **Terapeuta:** condiciones intelectivas apropiadas, formación académico-científica, equilibrio y madurez emocional, comprensión y capacidad empática, integración ética y buena capacidad para establecer contactos interpersonales.

El terapeuta debe estimular expresiones favorables que refuercen la relación terapéutica, las expresiones tanto verbales como no verbales influyen en el estado del paciente. Las actitudes del terapeuta que reflejan aceptación, compromiso y respeto mejoran el contacto (relación terapéutica).

Uno de los componentes principales dentro de la relación terapéutica es la alianza de trabajo. Una adecuada alianza requiere un estrecho vínculo entre cliente y terapeuta que refuerce la colaboración en los objetivos y metas que se han propuesto durante el proceso (Kleinke, 2002).

Tres elementos componen la alianza de trabajo:

- **La tarea:** aquellas responsabilidades tanto del cliente como del terapeuta.
- **Los objetivos:** metas acordadas al inicio del proceso y resultados del tratamiento.



- **Los vínculos:** cercanía de la relación terapeuta-paciente e influyen aspectos como la confianza, aceptación y confianza.

Para profundizar en la temática, revisar el siguiente REA titulado: [Alianza terapéutica](#), con la revisión usted comprenderá que Sigmund Freud fue quien determinó que antes de embarcarse en un proceso terapéutico se debe establecer el rapport, presentando, por lo tanto, como primer objetivo terapéutico la adherencia al tratamiento y al analista. La alianza terapéutica es de gran importancia dentro del proceso terapéutico y en los resultados de la psicoterapia.

1.4. Las comunicaciones en psicoterapia

Técnicas de comunicación y su análisis

Durante todo el proceso terapéutico se utilizan diversos recursos verbales que son de gran ayuda para la obtención de buenos resultados, a continuación, se describirán cada uno de ellos.

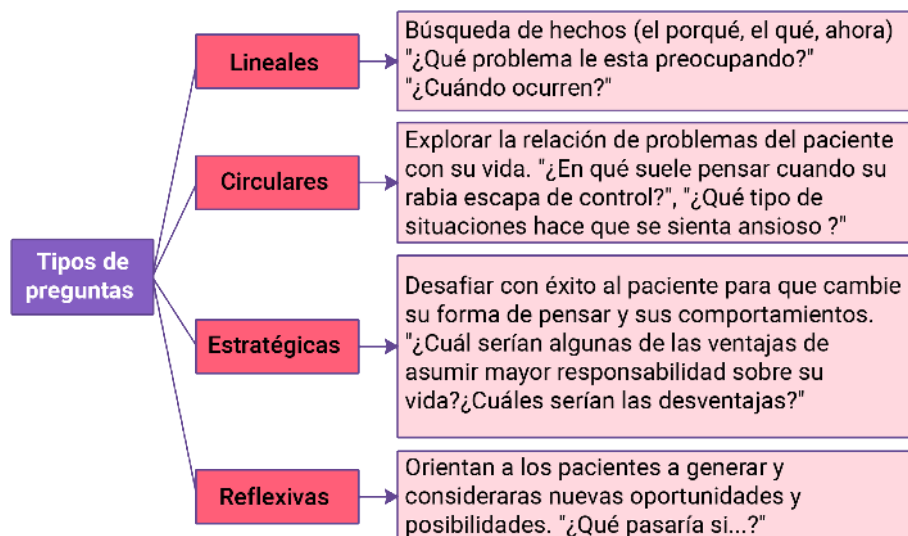
- **Recapitulación:** síntesis de las comunicaciones. Tiene como objetivo recordar aspectos importantes del relato del paciente, se utiliza para identificar algunos temas comunes, revisar el progreso de la terapia y proporcionar un encuadre (Kleinke, 2002).
- **Interrogación:** empleada dentro de la entrevista psicológica, las preguntas deben ser de forma directa, clara y precisa, evitando un interrogatorio acusado o que las respuestas sean con monosílabos (Kleinke, 2002).

A continuación, tipos de preguntas que son de gran aporte dentro del proceso terapéutico.



Figura 3

Tipo de preguntas.



Nota. Adaptado de *Principios comunes en psicoterapia* (pp. 90-91), por Kleinke, C., 2002, Desclée de Brouwer.

- **Proporcionar información:** se ofrece información sobre situaciones desconocidas como higiene sexual, orientación educativa, profesional y vocacional, formación de síntomas y trastornos, etc.
- **Seguir o dar consejos:** aconsejar es expresar libremente la opinión propia de acuerdo a un tema determinado, estableciendo un mayor riesgo de error. Según Kleinke (2002) identifica tres razones por las que los terapeutas deben evitar dar consejos:
 - No es ético que los terapeutas presuman lo que es mejor para los pacientes.
 - Porque los terapeutas animarían a que los pacientes tengan dependencia de ellos en lugar de que los pacientes piensen por sí mismos.
 - Habitualmente no funciona.

- **Confrontación o señalamiento:** se utiliza para identificar contenidos poco comprensibles y para buscar diferentes alternativas de interpretar o percibir situaciones problemáticas (Kleinke, 2002).
- **Intervención paradójal:** con esta intervención se trata de conseguir un efecto contrario, los terapeutas cumplen un rol de persuasor para convencer a sus clientes de asumir riesgos y cambiar sus formas de comportarse y pensar (Kleinke, 2002).
- **Operaciones de encuadre o estructura:** especificaciones de la estructuración de la relación psicoterapéutica como mayor dirección, aspectos de transferencia o conflictos temporales en el contacto.
- **Reafirmación o técnicas de apoyo:** comunicación que aliente al paciente y preste apoyo emocional basado específicamente en sus logros y capacidades actuales o anteriores, esta comunicación permite contrarrestar los sentimientos inadecuados del paciente disminuyendo la ansiedad y aumentando la autoestima (Kleinke, 2002).
- **Reflejo de sentimientos:** este tipo de comunicación refleja al cliente la comprensión correctamente de lo que él siente o experimenta, esto permitirá mejorar la relación terapéutica y que el paciente pueda, sin temor, expresar sus sentimientos (Balarezo, 2017).
- **Silencio:** se suele presentar en diversas circunstancias:
 - Al inicio, por temores del paciente sobre su problemática.
 - Durante el proceso de la entrevista, cuando se aborden temas conflictivos.
 - Por la inseguridad del terapeuta.
 - Búsqueda de reafirmación o apoyo del paciente.
 - Descarga emocional.
 - Posterior a una intervención para estimular el razonamiento sobre lo afirmado.
 - Cuando se desea aumentar la angustia para movilizar cargas afectivas.
- **Interpretación:** esta intervención se utiliza para ayudar al cliente en la búsqueda de significado de su problemática y que comprenda sus sentimientos, pensamientos y comportamientos. De igual forma, se



interpretan los resultados de los instrumentos psicométricos (Kleinke, 2002).

Interpretación de las comunicaciones verbales:

- **Aclaraciones:** se utiliza para tener mayor claridad sobre lo que menciona el paciente: pensamientos, sentimientos sobre un tema en particular, etc. (Kleinke, 2002).
- **Comparaciones:** asociación, por parte del terapeuta, de dos o más acontecimientos, sentimientos o pensamientos del presente o del pasado.

Interpretación de las comunicaciones no verbales

La comunicación no verbal conforma la gran parte de información que se transmite de una persona a otra, en el proceso terapéutico el profesional debe analizar e interpretar las conductas no verbales del paciente, de igual manera durante el desarrollo de las sesiones el terapeuta debe controlar congruencia y la expresión de dichas conductas (De Paz et al., 2006).

A continuación, se presentan algunas categorías (De Paz et al., 2006):

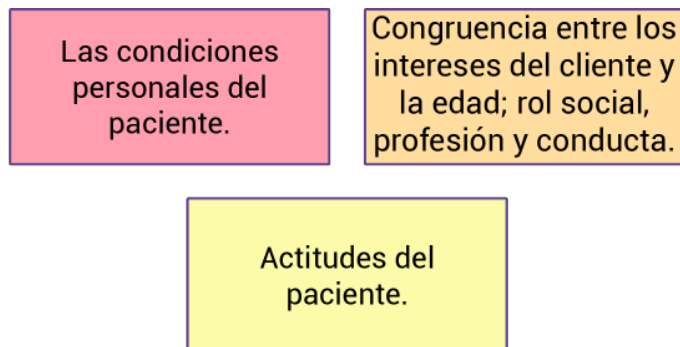
- **Kinésica:** lenguaje corporal que está constituido por las expresiones faciales, la mirada, posturas corporales, gestos, etc.
- **Paralenguaje:** aspectos relacionados con el discurso verbal: el ritmo, el tono, la intensidad, la presencia de vacilaciones, etc.
- **Proxémica:** distancia y orden de los comunicadores.

Las comunicaciones no verbales se analizan de la siguiente manera:



Figura 4

Análisis de comunicaciones no verbales.



Nota. Adaptado de *Psicoterapia* (2a. ed.) (p. 60), por Balarezo, L., 2017, Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Los gestos:

Los gestos son movimientos corporales que contienen un significado, por sí solos no tienen un valor comunicativo, por ende, hay que considerarlos conjuntamente con los elementos del lenguaje no verbal (De Paz et al., 2006).

Tres tipos de gestos:

- **Conscientes:** tienen un significado consciente y se encuentran relacionados con las actividades sociales.
- **Técnicos:** aquellos gestos que se utilizan en las profesiones (agentes de tránsito, árbitros y lenguaje de señas).
- **Autodirigidos:** expresiones personales que se encuentran vinculadas con los estados de tensión y son de gran relevancia durante la entrevista.

A continuación, un listado de gestos con sus respectivos significados que expone Feldman, (como se citó en Pérez, 1985), los cuales han demostrado credibilidad, pero son aproximaciones subjetivas de la conducta humana.

Tabla 2
Gestos

Gesto	Característica	Gesto	Característica
Cabeza erguida.	Autoestima, confianza en sí mismo.	Arreglarse el nudo de la corbata.	Demostración de masculinidad.
Cabeza inclinada.	Humildad, culpa, aceptación, resignación.	Apretarse la cabeza con las manos.	Desolación, angustia, desesperación.
Rápido parpadeo.	Mecanismo de descarga.	Colocar la cabeza entre las dos palmas de las manos.	Meditación, tristeza, agotamiento.
Tocarse la nariz.	Ansiedad.	Poner los brazos en la cintura.	Firmeza.
Tos artificial.	Crítica, sorpresa, ansiedad, duda.	Jugar con la cartera o el anillo.	Dar alivio a la tensión.
Silbar o tararear.	Seguridad fingida o auténtica.	Taparse los oídos con las manos.	No querer escuchar.

Nota. Adaptado de *Psicoterapia (2a. ed.)* (pp. 58-59), por Balarezo, L., 2017, Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Para profundizar en el tema, revisar el siguiente REA: [Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas](#). Posterior a la revisión, estimado estudiante, comprenderá la importancia de utilizar las diferentes técnicas de comunicación verbal como herramienta dentro del proceso terapéutico y su eficacia en el mismo.



Posterior a ello, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión de la relación terapéutica y las comunicaciones dentro del proceso terapéutico.





Actividades de aprendizaje recomendadas



Actividad 1. Planificación del proceso terapéutico

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del texto [Psicoterapia](#) (Balarezo, 2017), capítulo 2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias, específicamente el apartado de planificación.
- Lea detenidamente el siguiente caso: [Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral](#).
- Posterior a la lectura, identificar los objetivos terapéuticos y las técnicas empleadas.

Finalizada la primera actividad, comprenderá la estructuración del proceso terapéutico y podrá identificar los componentes del mismo.

¡Éxitos!

Actividad 2. Comunicaciones verbales y no verbales (mapa mental)

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la segunda actividad debe considerar los siguientes aspectos:

- Lectura comprensiva del texto [Psicoterapia](#) (Balarezo, 2017), capítulo 2, Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias, específicamente el apartado de comunicaciones verbales y no verbales.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un mapa mental con las ideas destacadas anteriormente.

Finalizada la segunda actividad recomendada, conocerá la importancia de las comunicaciones verbales y no verbales dentro de un proceso psicoterapéutico y los resultados positivos de la utilización de dichas herramientas en la relación terapeuta-paciente.

Actividad 3. Estimado(a) estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad, le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta. ¡Éxitos!



Autoevaluación 1

1. Cuando un compromiso familiar influye en el primer encuentro entre el paciente y el terapeuta. Estamos hablando de un:
 - a. Factor interno.
 - b. Factor externo.
 - c. Factor interno y externo.
2. () El diagnóstico clínico etiopatogénico es una búsqueda selectiva que exige un trabajo analítico – sintético:
3. Definir a qué tipo de diagnóstico corresponden las condiciones de vida del paciente como: factores físicos, económicos y socioculturales.
 - a. Diagnóstico clínico etiopatogénico.
 - b. Diagnóstico del entorno del paciente.
 - c. Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento.
4. El terapeuta no solamente permite, sino que facilita el relato libre para eliminar la tensión en el sujeto y buscar el alivio, es recomendable presentar: (seleccionar varias alternativas).
 - a. Una posición directiva.
 - b. Ausencia de críticas.



- c. Manifestaciones empáticas.
 - d. Asombro de las situaciones.
5. () Las técnicas que se utilizarán en el proceso terapéutico están acorde a los objetivos propuestos.
6. () Durante la aplicación de la técnica de un proceso terapéutico no se puede realizar ningún tipo de rectificación o cambio.
7. ¿A qué técnica de comunicación nos referimos cuando el terapeuta repite o reformula con ciertas modificaciones lo manifestado por el paciente?
- a. Recapitulación.
 - b. Reformulación de contenido.
 - c. Interrogación.
8. La técnica de comunicación de recapitulación hace referencia a:
- a. Repetición o reformular con ciertas modificaciones, lo manifestado por el paciente.
 - b. Reflejar al cliente la comprensión correcta de lo que él siente o experimenta.
 - c. Sintetizar las comunicaciones con el objetivo de recortar aspectos importantes del relato del paciente.
9. () El Reflejo de sentimientos permitirá mejorar la relación terapéutica y el paciente puede sin temor expresar sus sentimientos
10. Las expresiones personales que se encuentran vinculados con los estados de tensión son gestos:
- a. Conscientes.
 - b. Técnicos.
 - c. Autodirigidos.

[Ir al solucionario](#)



Concluida la autoevaluación, si usted alcanzó un alto porcentaje de logros, puede continuar, en el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 3

Unidad 2. Modelo psicodinámico

Estimado(a) estudiante, en semanas anteriores revisó los fundamentos de la psicoterapia, punto clave para continuar con las siguientes temáticas. A partir de esta unidad iniciaremos con los modelos psicoterapéuticos, específicamente en esta semana abordaremos el modelo psicodinámico.

Terapia psicoanalítica

Sigmund Freud (1896) creó y desarrolló el psicoanálisis, para una mejor comprensión es indispensable revisar brevemente las ideas centrales de este autor: la concepción de la energía, el aparato psíquico y las fases del desarrollo infantil.

2.1. Dinámica: la energía de la personalidad

Freud describe al individuo como un ser en conflicto constante debido a las pulsiones de vida (Eros) y muerte (Thanatos), que buscan descargar tensiones. Los mecanismos de defensa juegan un papel crucial en controlar estos impulsos y proteger al individuo. La censura psíquica impide que los deseos inconscientes se hagan conscientes, lo que puede generar síntomas como intentos de evasión de estos impulsos reprimidos.

Según la psicoterapia psicodinámica, cada síntoma tiene un significado y es necesario analizarlo para comprender las pulsiones subyacentes (Rodríguez, 2019).



2.2. El aparato psíquico

El elemento central de la teoría freudiana es comprender el funcionamiento de la psique, para ello, se consideran dos tópicos freudianos:

Tópicos Freudianas

Primera tópica freudiana

La estructura de la psique está integrada por tres grados de conciencia: inconsciente, preconsciente y consciente.

- **El inconsciente:** es la principal aportación de la teoría psicoanalítica donde se abarcan todos los contenidos a los que la mente, fácilmente, no puede acceder, ya sean recuerdos de la infancia o contenidos reprimidos (González, 2002).
- **El consciente:** abarca la parte más racional de la persona, las formas de actuar, la toma de decisiones y la comprensión del mundo (González, 2002).
- **El preconsciente:** se coloca en una posición intermedia entre las dos instancias mencionadas, abarca contenidos inconscientes que no han sido reprimidos y que la mente puede acceder fácilmente si los busca (González, 2002).

Segunda tópica freudiana

La segunda tópica describe la estructura dinámica del funcionamiento psíquico. En el apartado anterior, cuando hablábamos del consciente, preconsciente e inconsciente, nos referíamos al almacenamiento de información mientras que ahora nos referimos a componentes más dinámicos (el Ello, el Yo y el Superyó), que se los conoce como personajes que habitan en nuestra psique y están en constante lucha entre sí.

- **El Ello:** es la instancia más primitiva de la personalidad, tiene la finalidad de la descarga de tensiones que se originan en la persona por diferentes



estímulos internos y externos mediante los principios del placer y funciona con la falta de lógica que define a los procesos primitivos. También contiene información de las experiencias infantiles olvidadas y los contenidos reprimidos (Oblitas, 2008).

- **El Yo:** esta instancia se desarrolla a partir de ello, permite a la persona una adaptación más realista a todas las exigencias que impone el contexto. En el Yo, residen los mecanismos de defensa y los diversos sistemas que utiliza la psique para frenar los impulsos del Ello y adaptarse a las exigencias morales, a diferencia del Ello, no está gobernado por los principios de placer, sino por los principios de la realidad; el objetivo de los principios de realidad es demorar la descarga de tensión hasta que la persona haya descubierto el objeto real que satisfaga la necesidad (Oblitas, 2008).
- **El Superyó:** hace referencia a la tercera institución de la personalidad que es el producto de la socialización y el aprendizaje de las diferentes normas culturales; representa a la moral y controla el Yo mediante dos funciones: 1) proponer modelos ideales de imitación; y 2) ejerce de juez que critica las equivocaciones del Yo a la hora de refrenar al Ello, o en el momento de alcanzar los ideales propuestos, también definida como la rama judicial o moral de la personalidad (Oblitas, 2008).



En resumen, el yo es la instancia responsable de las diferentes funciones que permite vivir el día a día, como lo es el percibir, juzgar, decidir, mientras que el ello busca la satisfacción y el placer inmediato e impone al yo que le facilite la liberación, en tanto que el superyó pone énfasis en lo moral imponiendo normas y presionando al Yo para que controle al ello.

Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de los mecanismos de defensa.



Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa son aquellas acciones que realiza el Yo, de forma inconsciente, con la finalidad de bloquear los contenidos reprimidos y la emergencia de los impulsos, la represión es uno de los mecanismos de defensa más importantes, ya que se encuentra dentro toda la teoría del inconsciente.

Existen diversos mecanismos de defensa que tienen la finalidad de reducir la angustia, controlar y lograr un equilibrio. Algunos de ellos se describirán en la siguiente infografía.

[Mecanismos de defensa](#)

2.3. Las fases del desarrollo infantil

Una de las ideas de Freud es que durante el desarrollo del individuo la energía sexual se concentra alrededor de las diversas áreas del cuerpo del niño: primeramente, la oral, posteriormente, la anal, la fálica, y finalmente, la genital. El psicoanálisis considera que un paso inadecuado en estos estadios infantiles pueden producir problemas psicológicos en la edad adulta.

- **Etapas oral:** alrededor de los 0 a 18 meses, esta etapa se centra en la boca del niño, ya que a través de ella se alimenta y trata de conocer el mundo (llevar los objetos a la boca). Desde el nacimiento del niño existe la presencia de patrones innatos: mamar, probar, rechazar, etc. La madre es quien juega un papel fundamental en la alimentación y provee sensaciones agradables, de igual manera, es de gran aporte dentro de las experiencias del niño ayudando a que construya su realidad. En este entorno el niño obtiene dos aprendizajes: el desarrollo de la confianza y de la propia seguridad (González, 2002)
- **Fase anal:** se desarrolla alrededor del año hasta los tres años, en esta fase la libido se centra en el tracto digestivo y el ano, la expulsión de las heces provee alivio al niño al eliminar el origen de tensión. En esta etapa ocurre el control de esfínteres siendo el primer paso de aspectos importantes como



la disciplina y la autonomía, además, es el primer acto de control, a partir de aquello se forma la base que se relaciona con otros aspectos: control de impulsos, la responsabilidad de las conductas y construcción de dar o recibir (expulsar/retener) (González, 2002; Oblitas, 2008).

- **Fase fálica:** de 3 a 5 años, la zona erógena son los genitales. En esta etapa se evidencia el complejo de Edipo, es decir, los niños compiten con el padre por el cariño de la madre, puesto que se sienten atraídos por ella, mientras que en las niñas no hay mucha probabilidad de la identificación con el padre, ya que no cuentan con los genitales externos del padre y se sienten castradas, los sentimientos hacia él es una mezcla de amor y envidia porque posee algo que ella no lo tiene. Este complejo está relacionado con la identificación con el padre o madre, con la adquisición de la identidad sexual y de género, y los diferentes aprendizajes de valores culturales que los niños imitan de los progenitores (Oblitas, 2008).
- **Fase de latencia:** a partir de los 5 años hasta la pubertad, esta fase está más relacionada con las metas que con la sexualidad que se debe reprimir para dar paso al aprendizaje. Es una etapa de aprendizaje del niño donde existe la presencia de procesos secundarios como el aprendizaje técnico y el aprendizaje social (González, 2002).
- **Fase genital:** de la pubertad en adelante, la libido gira en torno a los genitales, proporcionando la capacidad de disfrutar las sensaciones eróticas. En primera instancia, se determina por la independencia de los padres y la constante búsqueda de relaciones amorosas, a partir de este momento se desarrolla toda la sexualidad madura.

2.4. Tratamiento

Los objetivos de la terapia psicoanalítica se basan en dos frases de Freud: “hacer consciente lo inconsciente” y “donde era el Ello sea el Yo”. El psicoanálisis se centra en que la persona se dé cuenta de que los síntomas que está experimentando actualmente se deben a conflictos del pasado que no han sido resueltos y que están reprimidos en el inconsciente.

Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de la terapia psicoanalítica.



Terapia psicoanalítica

Técnicas

A continuación, se describirán algunas técnicas que son destrezas que el terapeuta psicoanalítico debe tomar en cuenta en el manejo y aplicación dentro del proceso psicoterapéutico:

Posiciones del terapeuta

- **Reglas de la abstinencia:** el psicoterapeuta se enfoca en su papel como profesional, es decir, un papel que está limitado por la ética profesional en la cual se abstiene de presentarse como persona real en la relación con el cliente. (Ávila et al., 2014).

La regla fundamental es un aspecto que permite al paciente tener una posición relajada donde debe realizar un relato contrario a una conversación ordinaria en la que, por lo general, se evita expresar diversos pensamientos o situaciones perturbadoras, en este caso, el paciente debe “decirlo todo” para que de esta forma se cumpla esta regla fundamental, aunque determinado este aspecto el terapeuta no tendrá acceso directo al inconsciente, para ello es necesario una interpretación de lo que menciona el paciente libremente (Oblitas, 2008).

- **Regla de atención flotante**

El terapeuta presenta una actitud complementaria con la escucha del cliente que asocia, donde no específicamente se presta gran atención a la lógica del discurso del paciente o la preferencia de ciertos temas, si no que está presto a la escucha de las consecuencias del inconsciente sobre el lenguaje y toma todo el diálogo como tema de interés (Ávila et al., 2014).

- **Asociación libre**





También conocida como la regla fundamental, en esta regla se invita al paciente a verbalizar todas las ocurrencias, dejar fluir libremente sus asociaciones, ideas, recursos sin ninguna restricción, todo es útil aunque no parezca apropiado, pueden ser aspectos del pasado, presente o futuro ya sea un relato de experiencias vividas, fantasías o sueños (Ávila et al., 2014).

En este apartado es importante mencionar la interpretación de los sueños, que es una de las obras más famosas de Freud, en la cual realiza un análisis crítico e histórico de la bibliografía ya existente sobre los sueños y, posteriormente, describe un método de interpretación de sueños y ofrece varias consideraciones con respecto al trabajo onírico (sueños, imágenes y sucesos que se imaginan cuando uno duerme) (Sierra, 2009).

▪ **Análisis de la transferencia**

El término transferencia hace referencia a la relación que establece el paciente con el terapeuta, los pacientes repiten con el terapeuta diversas problemáticas de su infancia, específicamente con acontecimientos vividos con los progenitores. Los pacientes transfieren los deseos inconscientes con el analista y aquello es un material de análisis, esta transferencia puede ser positiva, cuando existe la presencia de sentimientos como amor o ternura, y, por el contrario, la transferencia negativa es aquellos sentimientos de hostilidad (Ávila et al., 2015).

Por otro lado, la contratransferencia surge del analista como consecuencia de la transferencia del cliente, es decir, en el terapeuta se encuentra un conjunto de procesos emocionales y distorsiones cognitivas como resultado de la influencia de la relación con el cliente (Ávila et al., 2015).

▪ **Análisis de la resistencia**

El término resistencia, dentro del psicoanálisis, nos indica las diferentes actuaciones del paciente que obstaculizan el acceso a los contenidos inconscientes, esta resistencia proviene de los mecanismos de defensa que provocan la represión, por lo tanto, serían el resultado del Yo (Rodríguez, 2019).

La resistencia puede proceder de: las defensas (negación, regresión), la resistencia al cambio, amenaza al equilibrio de la identidad, transferencia que impulsa a repetir comportamientos, vínculos y escenas. En el caso de que la resistencia sea un fenómeno generalizado que impide el trabajo psicoterapéutico, suele ser por un trastorno grave de personalidad como el narcisismo patológico, que en la mayoría de las ocasiones dificulta la intervención convencional (Ávila et al., 2015).

▪ Interpretación

El terapeuta psicoanalista interpreta el significado latente de cada uno de los comportamientos que comunica el paciente para explicar la experiencia o problema actual, es decir, esta técnica ayuda a que el paciente comprenda los motivos inconscientes de su comportamiento actual o que el paciente entienda que sus experiencias actuales se encuentran determinadas por los acontecimientos pasados. (Rodríguez, 2019).

▪ Señalamiento y clarificación

Las técnicas de señalamiento y clarificación son de gran ayuda para que las interpretaciones sean efectivas, ya que proveen feedback. El señalamiento hace referencia cuando el analista indica al cliente un material que en ese momento es de gran interés para el análisis, con la intención de enfrentarlo. Mientras que la clarificación es cuando el analista pide al cliente que le proporcione más información sobre el material de análisis y pueda proseguir en la búsqueda de conexiones inconscientes (Rodríguez, 2019).

El proceso terapéutico comienza con un contrato terapéutico donde se especifica el número de sesiones, el pago, la periodicidad, la puntualidad, etc., posteriormente se inicia con la apertura creando una adecuada alianza de trabajo con el objetivo de que el cliente se sienta seguro y aceptado para que se efectúe la apertura personal, luego hay una fase intermedia donde se pone en marcha las técnicas, y al finalizar el proceso se deben cumplir dos criterios: 1) la desaparición de síntomas, y 2) el material inconsciente se haga consciente y no presente riesgo de aparecer nuevamente (Ávila et al., 2015).



Al finalizar la terapia psicoanalítica, la ansiedad por separación es uno de los aspectos de gran preocupación, para ello la terminación debe ser programada y trabajada dentro del proceso terapéutico para evitar la presencia de dicha sintomatología (Ávila et al., 2015).



Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana 3 le invito a leer la bibliografía complementaria el [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#).

Posterior a aquello, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión de los principios básicos del modelo psicodinámico y la actuación del terapeuta.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Apartado psíquico (cuadro comparativo)

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (psicoterapia psicoanalítica), específicamente el apartado psíquico: primera y segunda tópica freudiana.
- Subraye las ideas principales y secundarias de cada uno de los apartados.
- De las ideas destacadas, realizar un cuadro comparativo de la primera tópica y segunda tópica freudiana.



Comparación de tópicos

Primera tópica freudiana	Segunda tópica freudiana

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Finalizada la primera actividad, comprenderá la diferencia de las dos tópicas freudianas y obtendrá mayor conocimiento de los aspectos que los componen (1. Consciente, inconsciente y preconsciente y 2. El Ello, El Yo y El Superyó), ya que son dos aspectos de gran estudio dentro de este modelo psicoterapéutico.

¡Éxitos!

Actividad 2. Técnicas de la terapia psicoanalítica (mapa conceptual)

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 2, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (psicoterapia psicoanalítica), específicamente las técnicas que se utilizan en el proceso terapéutico del modelo psicodinámico.
- Subraye las ideas principales y secundarias de cada una de las técnicas.
- Realizar un mapa conceptual con las ideas claves de las técnicas que se utilizan en la psicoterapia psicoanalítica.



Finalizada la segunda actividad recomendada, identificará las técnicas que utiliza un psicoanalista dentro del proceso terapéutico y conocerá la conceptualización de cada una de ellas. Estas técnicas permiten a la persona hacer conscientes todos los aspectos inconscientes y de esta manera disminuir su sintomatología presente.

Actividad 3. Estimado(a) estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad 2, Modelo psicodinámico, deseo indicarle que durante la semana 3 debe contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.



Autoevaluación 2

1. () La censura es un mecanismo de la persona que impide que lo inconsciente se haga consciente.
2. La primera tópica freudiana está integrada por:
 - a. El inconsciente, el consciente y el preconscious.
 - b. El Ello, el yo y el superyó.
 - c. Etapa oral, anal, fálica y genital.
3. El inconsciente es:
 - a. Donde se abarcan todos los contenidos que la mente fácilmente no puede acceder.
 - b. La parte más racional de la persona.
 - c. Donde se abarca contenidos inconscientes que no han sido reprimidos y que la mente puede acceder fácilmente.
4. ¿Cuál es el grado de conciencia que abarca la parte más racional de la persona, las formas de actuar, la toma de decisiones y la comprensión del mundo?
 - a. Preconscious.



- b. Inconsciente.
- c. Consiente.

5. La segunda tópica freudiana se refiere:

- a. Al almacenamiento de información.
- b. A estructuras dinámicas del funcionamiento psíquico.
- c. A las fases del desarrollo infantil.

6. () En el superyó residen los mecanismos de defensa y los diversos sistemas que utiliza la psique para frenar los impulsos del ello.

7. Cuando una persona ignora cualquier tipo de crítica, argumentos desagradables o simplemente negamos la verdad, está utilizando el mecanismo de defensa denominado:

- a. Represión.
- b. Negación.
- c. Proyección.

8. ¿En qué fase del desarrollo infantil se evidencia el complejo de Edipo?

- a. Fase fálica.
- b. Fase anal.
- c. Fase genital.

9. La transferencia es la:

- a. Relación que establece el paciente con el terapeuta y los pacientes son quienes repiten con el terapeuta diversas problemáticas de su infancia.
- b. Relación que establece el terapeuta con el paciente como consecuencia de la transferencia del cliente.
- c. Relación que establece el terapeuta con el paciente y existe la presencia de un conjunto de procesos emocionales y distorsiones cognitivas como resultado de la influencia de la relación con el cliente.



10. () La clarificación es cuando el analista indica al paciente un material que en ese momento es de gran interés para el análisis, con la intención de enfrentarlo.

[Ir al solucionario](#)

Concluida la autoevaluación, si usted alcanzó un alto porcentaje de logros puede continuar, en el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 4

Unidad 3. Modelo humanista y existencial

Estimado(a) estudiante, la semana anterior revisó el modelo psicodinámico, uno de los modelos que dio paso a varios enfoques psicoterapéuticos. En esta semana abordaremos otro modelo denominado humanista-existencial. Los contenidos de la unidad 3 los encontrará en texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#).

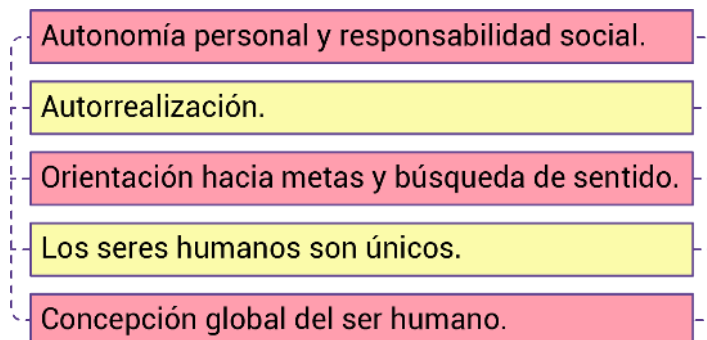
El modelo humanístico-existencial es también denominado como la tercera fuerza de la psicología, puesto que se originó como una alternativa del psicoanálisis y el conductismo. Algunos autores colocan al enfoque humanista junto al existencial, mientras que otros lo presentan de manera separada porque su fundamentación es diferente. El modelo existencial abarca la terapia existencial, la Gestalt, el análisis transaccional y la logoterapia; y, dentro del humanismo, la psicoterapia centrada en la persona y terapia experiencial, pero debido a que el límite de ambos modelos no es claro y comparten una serie de principios básicos con respecto a la concepción del hombre y la intervención psicológica, la mayoría de libros agrupan estas dos orientaciones (Tobías y García, 2009).



A continuación, algunos principios básicos del modelo humanista existencial.

Figura 5

Principios básicos del modelo humanista existencial.



Nota. Adaptado de *Psicoterapias humanístico existenciales: fundamentos* (p.148), por Tobías y García-Valdecasas, 2009, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

3.1. Terapia centrada en la persona

La terapia centrada en la persona es propuesta por Carl Rogers y es una de las más influyentes y conocidas dentro del modelo humanista, enfoque que plantea que el individuo es en esencia buena y que se encuentra en la constante búsqueda de la felicidad y autorrealización, dicha terapia tiene como propósito tanto en el terapeuta como en el paciente identificar los factores que proporcionen o faciliten el cambio duradero y favorable. (Oblitas, 2008 y Gallegos, 2015).

Rogers con su propio trabajo se tornó muy reflexivo y empezó a grabar las entrevistas que tenía con sus pacientes, en las cuales pudo evidenciar 2 aspectos importantes, primero se sorprendía cuán monótona y fría podría ser una conversación con sus clientes y segundo que a partir de haber grabado sus entrevistas Rogers instauró una nueva manera de abordaje clínico. (Gallegos, 2015).





Estimados estudiantes, a continuación comparto un fragmento de la entrevista de [Carl Roger a Gloria su paciente](#).

Según Carl Rogers (1950), todos los seres, tanto vivos como inertes, poseen una tendencia formativa que los lleva a desarrollar sus potencialidades. En los seres humanos, esta tendencia se manifiesta a través de la tendencia actualizadora, un instinto innato que impulsa la búsqueda constante de la autorrealización.

Este proceso está relacionado con el "yo organismo", que busca satisfacer las necesidades del individuo, y ambos, tanto el yo organismo como la tendencia actualizadora, están en un continuo cambio (Tobías y García, 2009).

La patología se presenta cuando las personas no son aceptadas por grupos significativos en su entorno, cuando reciben críticas sistemáticas que no encajan consigo mismas y, al mantenerse fiel a sus creencias y valores, existe la presencia de un mayor riesgo a ser rechazadas, la alternativa es actuar conforme a los demás, frente a esta situación el individuo centra su atención en la búsqueda constante de aceptación renunciando a su propia experiencia que mantenía la tendencia actualizadora (autorrealización) (Rodríguez, 2019).

Dentro de la terapia centrada en la persona no se establecen objetivos terapéuticos, ya que, a lo largo del proceso, los individuos encontrarán la dirección a dónde quieren dirigir sus vidas (Rodríguez, 2019). La actitud terapéutica es un elemento esencial de cambio dentro de este enfoque. Rogers menciona ciertos puntos con respecto a la actitud del terapeuta:

- **Actitud positiva hacia el cliente:** respeto, interés y aprecio por lo que es la persona (realidad interior y exterior), por sus conductas y comunicaciones.
- **Empatía:** entender a fondo el mundo del paciente y transmitir esta comprensión.
- **Autenticidad o congruencia:** el terapeuta debe coincidir con lo que dice, hace y siente.

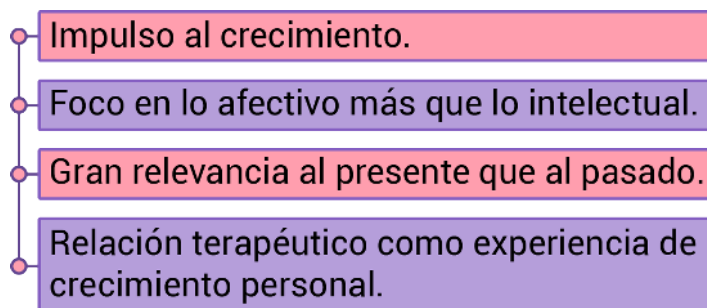


Carl Rogers defendía la terapia como un proceso libre y fundamental para el crecimiento personal, destacando tres elementos clave. El primero es la estima positiva incondicional, que implica que el terapeuta brinde comprensión, aceptación y apoyo al paciente, en lugar de críticas o reprobaciones. El segundo elemento es la empatía, donde el terapeuta debe ponerse en el lugar del paciente para comprender su perspectiva y situación. Finalmente, Rogers enfatizaba la congruencia, que se refiere a la alineación entre el "yo real" y el "yo ideal" del individuo. Según Rogers, cuanto mayor sea la discrepancia entre ambos, mayor será la propensión a desequilibrios psicológicos. El terapeuta, por lo tanto, debe ayudar al paciente a lograr congruencia en un entorno de confianza y comprensión mutua, favoreciendo una nueva visión de sí mismo. (Gallegos, 2015).

Aunque no se planeen objetivos terapéuticos, la terapia se debe desarrollar en torno a los siguientes aspectos:

Figura 6

Desarrollo de la terapia (aspectos).



Nota. Adaptado de *Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas* (p. 171), por Rodríguez, A., 2019, Teoría y técnicas. Herder.

El terapeuta debe establecer una adecuada relación terapéutica para que, de esta forma, entienda de mejor manera cómo la persona vive la experiencia: cómo la siente, cómo la simboliza, cómo la percibe (Tobías y García, 2009).

En otros enfoques terapéuticos utilizan la relación terapéutica para aplicar una técnica, en cambio, en este enfoque la relación terapéutica es la técnica para ayudar al individuo en el progreso. El foco principal es que el individuo tenga la

capacidad de comprender las circunstancias y que posea potencialidades para hacer frente a cada una de ellas, para ello el terapeuta debe crear una fuerte relación terapéutica con el paciente para que se sienta seguro y aceptado (Tobías y García, 2009).

El terapeuta no es directivo, cumple el rol de colaborador con la finalidad de entenderlo y hacer que comprenda la situación por la que está pasando y el significado (Tobías y García, 2009).

Las técnicas básicas de la terapia centrada en la persona son:

- **El reflejo:** cuando se devuelve la información con sus propias palabras, especialmente las emociones que se expresan.
- **El parafraseo:** un resumen de lo que el terapeuta va comprendiendo de la situación del paciente.



Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana 4 invito a leer el texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente la terapia existencial y la terapia centrada en la persona.

Posterior a ello, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión de las terapias del modelo humanista existencial.



Actividad de aprendizaje recomendada

Actividad 1. Terapia centrada en la persona (mapa mental)

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 2, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente la terapia centrada en la persona.
- Subraye las ideas principales y secundarias.



- Estructure un mapa mental con las ideas destacadas anteriormente, tomando en cuenta los siguientes aspectos: principios básicos, patología, objetivos, actitud del terapeuta y técnicas.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Finalizada la segunda actividad recomendada entenderá los aspectos importantes de la terapia centrada en la persona y su visión hacia el individuo, siendo una de las terapias más utilizadas en el modelo humanista-existencial, recordando que dicho modelo no establece objetivos, sino que en el proceso el paciente es quien va direccionando la actuación.

¡Éxitos!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 5

Unidad 3. Modelo humanista y existencial

Estimado(a) estudiante, en esta semana continuaremos con el abordaje de la tercera fuerza de la psicología, específicamente en la Gestalt. Los contenidos de la unidad los encontrará en el texto denominado [Manual de psicoterapias](#). Teoría y técnicas (Gestalt).

3.2. Terapia Gestalt

La terapia gestáltica se centra en el momento existencial del individuo, es decir, en “el aquí y el ahora”, consiste en que la persona se dé cuenta momento a momento lo que está pasando consigo mismo y con su alrededor (Rodríguez, 2019). La personalidad no solo es la suma de acciones e interacción entre la parte psíquica y somática, sino que estos dos aspectos interactúan de forma conjunta con el medio (Castanedo, 2008).



Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de la terapia Gestalt.

Terapia Gestalt

Según Perls, (como se citó en Martorell, 2014), este modelo psicoterapéutico gira con base en dos puntos claves:

- La concepción de la persona como una totalidad, que abarca tanto al individuo, las necesidades y su entorno.
- Hincapié en el aquí y el ahora.

De igual forma, Perls menciona cuatro bloqueos que obstaculizan una adecuada integración (Martorell, 2014):

- Retroflexión:** “volverse hacia uno mismo”, la persona inhibe una acción y la dirige hacia sí mismo, por ende, el individuo reprime o inhibe toda la tensión presente en su organismo.
- Desensibilización:** disminución o pérdida de un impacto sensorial, es decir, cuando se presenta una interrupción entre las sensaciones y la conciencia, la persona puede apreciar ciertas sensaciones sin entender lo que significa porque dichas emociones se encuentran bloqueadas.
- Introyección:** aceptación total de todo tipo de información procedente del entorno, en la Gestalt este apartado lo denomina “tragar sin masticar”, trayendo consigo consecuencias, ya que se aceptan demasiadas opiniones externas, impidiendo la propia autoactualización.
- Proyección:** la persona se hace responsable o atribuye a los demás atributos que no acepta o teme de sí mismo. Este mecanismo hace que la persona evite apropiarse de su propia realidad.

Uno de los roles fundamentales del terapeuta es ayudar a los individuos a vencer los bloqueos, “darse cuenta”, es decir, que tomen conciencia de sí mismos y del medio, la influencia de las emociones y el sentir en el aquí y el ahora (Rodríguez, 2019).



En el proceso terapéutico gestáltico se deben considerar ciertos objetivos:

- **Fomentar el darse cuenta:** tomar conciencia de los hábitos automáticos que realizamos cotidianamente. Para lograr un reconocimiento más profundo hay que considerar el “darse cuenta” contenido y el proceso, esto implica una conexión con el medio, autoaceptación, autoconocimiento y responsabilidad.
- **Traer el pasado inconcluso al presente** es un aspecto relacionado con el “darse cuenta” para apropiarse de él y poder mejorar la situación actual, ya que al ignorarlo le damos paso a que tenga más poder sobre las vidas de los pacientes.
- **Incentivar a que las personas asuman la responsabilidad** sobre sus vidas, en este enfoque se lo plantea desde una perspectiva lúdica: tomando una posición ingenua, asumiendo la curiosidad y la espontaneidad.

El terapeuta gestáltico es auténtico, usa sus cualidades para propiciar el cambio, siendo siempre el mismo, expresando libre y abiertamente sus emociones al paciente. En la terapia pone de gran relieve la simpatía antes que la empatía para abordar el sentido de igualdad, ya que es un trabajo conjunto. Su posición es activa porque lo más importante es la experiencia del paciente, será un acompañante de acuerdo a la dirección del paciente, siendo un facilitador dentro del proceso (Tobías y García, 2009).

3.2.1. Técnicas

La terapia gestáltica va direccionada al crecimiento personal mediante la toma de conciencia más que el cambio comportamental. A continuación, una serie de técnicas propuestas por Martín (2006):

Expresión verbal

- Énfasis en el qué, el cómo, dejando de lado los porqués que llevan consigo a una búsqueda de explicaciones de la problemática. Las preguntas dentro del proceso invitan a las personas a reconectarse con el entorno y con su conciencia corporal.



- El terapeuta presta atención a las imágenes y metáforas que utiliza la gente para, luego, utilizarlas en el proceso terapéutico especialmente en el “darse cuenta”

Aumentar la conciencia y favorecer el “darse cuenta”: es usada por el terapeuta para ayudar al individuo a tomar conciencia de sus pensamientos, sus emociones y su momento (Rodríguez, 2019).

- **Repetición:** se invita al paciente a que repita una palabra o un gesto para que de esta forma tome conciencia de él.
- **Imitación:** el terapeuta es quien repite la conducta que se requiere poner en evidencia.
- **Identificación:** el terapeuta le pide al paciente que se concentre en ciertas experiencias sensoriales y que hable sobre cada una de ellas.
- **Continuo de conciencia:** se le solicita al paciente que preste atención a lo que experimenta en una situación en concreto: pensamientos, sensaciones y percepciones.
- **Hacer la ronda:** es un trabajo grupal donde todos los participantes deben repetir una conducta o una frase que menciona una persona para, de esta forma, hacerla consciente de lo que ha manifestado o ha realizado.

3.2.2. Técnicas para integrar aspectos conflictivos

Van direccionadas a la toma de conciencia de la persona y apropiación de algún aspecto fundamental de la personalidad.

- **Los diálogos, la silla vacía y la silla caliente:** esta técnica está enfocada a establecer comunicaciones con los diversos aspectos de la personalidad, dialogar a las diferentes partes que se oponen en la persona, un diálogo habitual es entre el “perro de arriba”, que es la parte más autoritaria y moralista que nos dice qué hacer, y el “perro de abajo”, que es la parte más sumisa. La silla caliente es donde está sentado el cliente, en la vacía, se puede sentar a las dos partes del individuo o una persona significativa para entablar conversaciones imaginarias. (Martín, 2011)



Esta técnica permite a la persona adquirir habilidades tanto en la reincorporación de las partes del individuo proyectadas en los otros y la capacidad de colocarse en la situación o en lugar de la otra persona.

- **Asuntos pendientes:** son todos aquellos temas que se mencionan en la terapia y que la persona ha dejado sin terminar y, por lo general, causan ansiedad. Por ejemplo: duelos, conversaciones que no se realizaron, o asuntos que no terminaron bien. En la terapia se trata de completar estas situaciones donde se invita al paciente a expresar sus sentimientos y mencionar todo lo que le gustaría haber dicho (Martín, 2011)

Se puede hacer mediante el encuentro con la otra persona, dependiendo de la situación, donde abiertamente expresa sus sentimientos que no pudo expresarlos a su tiempo. Se puede utilizar la técnica de la silla vacía para casos de duelos o personas fallecidas, donde el paciente expresa los asuntos pendientes que tuvo con la otra persona y, posteriormente, se despidе y cierra la historia que se mantenía abierta.

- **Juego de proyecciones:** el terapeuta pide al paciente que imite el comportamiento de la persona a quien critica. La crítica a otra persona, por lo general es lo que no se quiere reconocer de uno mismo, así que en esta técnica el paciente tomará conciencia de su parte proyectada y negada. Por ejemplo, cuando un paciente dice “usted solo lo hace por dinero” se le pide que escenifique esa situación actuando de manera interesada y al finalizar se le pregunta si el paciente no tiene algún rasgo o si se ha visto reflejado (Martín, 2011).
- **Juego de roles de la antítesis:** se le pide al paciente que realice el rol contrario de aquella persona que utiliza para describirse, es decir, a la persona introvertida se le pide que se muestre extrovertida o a la persona insegura se le pide que sea arriesgada. Con este juego de roles, la persona desarrolla la otra parte que se encontraba inhibida, liberando energía contenida que hasta ese preciso momento se encontraba bloqueada y permite la adquisición de nuevos recursos (Martín, 2011).



3.2.3. Técnicas que facilitan el contacto con la emoción

- **Dramatización:** se utiliza la técnica de la silla, donde se le pide a la persona que escenifique una situación en concreto que le produce una emoción y que la “reviva en el aquí y ahora”, sin reprimir las emociones.
- **Quedarse con el sentimiento:** el terapeuta pide a la persona que no evite la emoción, sino que la mantenga y se enfrente para averiguar el significado y aprenda a sobrellevarla.

Otras técnicas

- **Los sueños:** se le solicita al cliente contar el sueño en presente, mediante este paso el paciente se involucra íntimamente con el sueño a diferencia si sencillamente habla sobre él, posterior a esto se debe situar el sueño en el espacio identificando las partes que lo componen, de una manera representativa en un escenario, por lo tanto, el paciente se compromete más con lo sucedido en el sueño. Por ejemplo: “estoy en un edificio muy alto y afuera hay muchas aves”, se deben identificar los elementos del sueño (edificio, aves) y el paciente debe expresar cómo se siente y de esta forma el terapeuta irá trabajando con cualquier técnica antes mencionada (Martín, 2011).

Estimado estudiante, para finalizar la semana le invito a leer el **texto denominado [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), los apartados correspondientes a la Gestalt** para profundizar en la temática.

Posterior a ello, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión de las terapias mencionadas.





Actividades de aprendizaje recomendadas



Actividad 1. Gestalt

- Lectura del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente, la Gestalt.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un mapa conceptual con las ideas destacadas anteriormente.

¡Excelente, ha concluido la actividad!

Actividad 2. Estimado(a) estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad 3. Modelo humanista-existencial con sus respectivos subtemas durante la semana 4 y 5. Le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.



[Autoevaluación 3](#)

1. ¿Cuál es el principal teórico de la terapia centrada en la persona?
 - a. Carl Rogers.
 - b. Frederick Perls.
 - c. Karen Horney.
2. Según la terapia centrada en la persona, ¿cuáles son los aspectos a considerar dentro de la actitud del terapeuta?
 - a. Actitud positiva hacia el cliente, empatía y autenticidad o congruencia.
 - b. Rapport, empatía y autenticidad o congruencia.
 - c. Simpatía, actitud positiva hacia el cliente y congruencia.
3. () ¿La terapia centrada en la persona plantea objetivos terapéuticos?

4. ¿Cuáles son las dos técnicas básicas de la terapia centrada en la persona?
- a. Confrontación.
 - b. Parafraseo.
 - c. Reflejo.
 - d. Tanteo.
5. Según la terapia centrada en la persona, ¿cuál de los siguientes elementos es considerada una técnica para ayudar en el progreso del individuo?
- a. Rapport.
 - b. Relación terapéutica.
 - c. Empatía.
6. Según Frederick Perls, ¿cuáles son los puntos clave en el cual gira el proceso terapéutico?
- a. Concepción de la persona como una totalidad e hincapié en el pasado.
 - b. Concepción de la persona como una totalidad e hincapié en el futuro.
 - c. Concepción de la persona como una totalidad e hincapié en el aquí y en el ahora.
7. () ¿El terapeuta Gestáltico pone en gran relieve la simpatía antes que la empatía?
8. ¿Qué técnica de la terapia gestáltica está enfocada en establecer comunicaciones con los diversos aspectos de la personalidad?
- a. Los diálogos, la silla vacía y la silla caliente.
 - b. Asuntos pendientes.
 - c. Juego de proyecciones.
9. Una de las técnicas que facilita el contacto con la emoción es:



- a. Dramatización.
- b. Juego de roles de la antítesis.
- c. Juego de proyecciones.

10. () La terapia gestáltica persigue principalmente el crecimiento personal, a través del aumento de la conciencia, que el cambio conductual.

Ir al solucionario

Estimado estudiante, hemos culminado con la autoevaluación. En el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 6

Unidad 4. Modelo sistémico

Estimado(a) estudiante, en la unidad anterior revisó el modelo humanista existencial en el cual se abarcaron diferentes terapias, continuando con el abordaje de los enfoques psicoterapéuticos, estas dos semanas nos centraremos en el modelo sistémico. Los contenidos de la unidad 4 los encontrará en el **texto denominado** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#).

El modelo sistémico, aplicado en la terapia familiar, se enfoca en el sistema familiar como un todo interrelacionado, más que en el individuo o su conducta. Basado inicialmente en la teoría general de sistemas y, posteriormente, en las teorías de la complejidad, este enfoque considera que los sistemas son conjuntos de elementos interdependientes que funcionan mediante estructuras, feedback y relaciones de interdependencia.



Los terapeutas sistémicos distinguen entre sistemas abiertos, que interactúan y se adaptan al entorno, y sistemas cerrados, que están aislados de influencias externas (Roji y Gutiérrez, 2014).

4.1. Modelo estratégico comunicacional

La teoría de la comunicación es uno de los principales aspectos dentro del modelo sistémico, ya que permite estudiar la interacción de las personas a base de lo que ocurre entre ellas, en lugar de lo que ocurre dentro de ellas (Roji y Gutiérrez, 2014). Para entender el adecuado funcionamiento de la comunicación se deben considerar cinco axiomas.

- *Es imposible no comunicar*: todas las personas se comunican, la no comunicación también implica un mensaje. Aunque no se puede emitir una conducta, no es posible no tener una actividad.
- El mensaje tiene **dos elementos**: contenido y relación.
- *Cada individuo que participa* dentro de la comunicación tiene su propio punto de vista con respecto a los hechos.
- *La comunicación tiene dos niveles*: digital (comunicación verbal, utilizando signos consensuados para transmitir el mensaje) y analógico (comunicación no verbal, tono de voz, gestos).
- *La interacción en las comunicaciones*: puede ser simétrica, esto hace referencia a que las personas que intervienen en la comunicación definen una posición de igualdad donde cada uno defiende su punto de vista. También la comunicación se presenta como complementaria, contrario a lo anterior, una de las dos personas asume el poder y la otra acepta.

Uno de los problemas básicos en un sistema son las secuencias interaccionales desadaptadas que se repiten continuamente, la escuela interaccional del Instituto de Investigación de Palo Alto (MRI) menciona que las diversas soluciones ineficaces (para la solución de problemas dentro de un sistema) mantienen el problema. Los resultados de formas anormales de comunicación son una segunda teoría que defiende el MRI y, por último, Haley menciona que otro de los problemas es la distribución inadecuada de poder dentro del sistema (sistema familiar) (Rodríguez, 2019).



El terapeuta, en este enfoque, es poderoso, ya que tiene la capacidad de leer interacciones y proponer cambios, y cuenta con la habilidad de convencer a los pacientes, ya que este aspecto es fundamental para el éxito, también es un agente activo, flexible y creativo (Rodríguez, 2019).

Técnicas

Las técnicas se fundamentan en el diseño del cambio para la resolución de problemas. El cambio estratégico contempla las siguientes características:

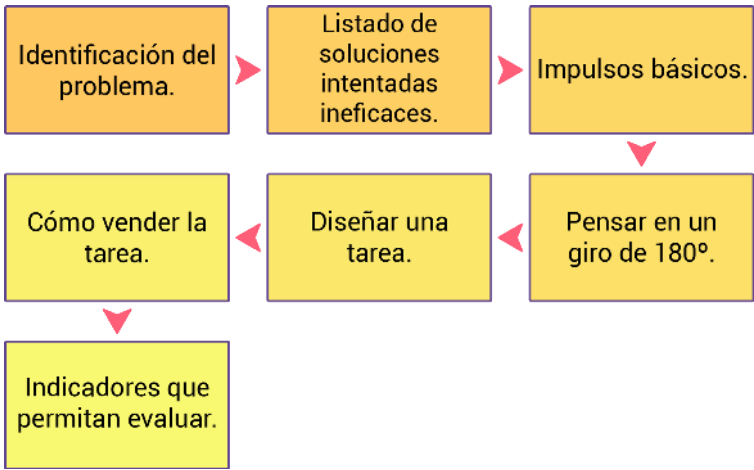
- El objetivo no necesariamente se enfoca en cambiar a la persona, sino en resolver el problema.
- Cada una de las intervenciones son únicas y personalizadas a cada caso.
- Una pequeña diferencia bien diseñada puede bastar para que exista una desviación en los patrones interaccionales y así solucionar un gran problema.

Una de las intervenciones y estrategias que se trabaja en esta terapia está enfocada al trabajo del MRI (Instituto de Investigación Mental de Palo Alto) en las soluciones intentadas que son ineficaces, dentro de la terapia se debe seguir un proceso para el diseño del cambio.



Figura 7

Proceso para el diseño de cambio.



Nota. Adaptado de *Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas* (p. 417), por Rodríguez, A., 2019, Teoría y técnicas. Herder.

La segunda intervención está enfocada al cambio de las secuencias de problemas, se trabaja con el cliente en la identificación de las secuencias de los problemas, incentivando a que el paciente describa detalladamente lo que hace, lo que piensa y lo que siente con respecto al problema. Varios autores proponen alternativas para el bloqueo de las secuencias, decisión que deben tomarla tanto el terapeuta como el cliente.



Figura 8

Alternativas para el bloqueo de secuencias.

- Modificar la frecuencia de la conducta problema.
- Cambiar el grado, duración o intensidad.
- Cambiar el momento del día en el que ocurre.
- Cambiar el lugar.
- Cambiar las personas que intervienen.
- Incrementar un elemento nuevo a la secuencia.
- Cambiar el orden de ciertos elementos.

Nota. Adaptado de *Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas* (p. 419), por Rodríguez, A., 2019, Teoría y técnicas. Herder.

Finalmente, la intervención de Haley, (como se citó en Rodríguez, 2019) inicia con la fase social que es el primer encuentro del terapeuta con los miembros de la familia, posterior a ello se realiza una fase de formulación del problema donde cada miembro debe dar la percepción del problema que se debe tratar y, por último, la fase de interacción donde se les permite realizar una conversación entre ellos para el análisis de los patrones interaccionales e identificar la distribución del poder en la familia.



Actividad de aprendizaje recomendada

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Actividad 1. Resumen del modelo estratégico comunicacional

Procedimiento



Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1 debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente, el modelo estratégico comunicacional.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un resumen claro y conciso sobre la temática estudiada.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

¡Enhorabuena, ha culminado la actividad!

Finalizada la primera actividad comprenderá que el modelo estratégico comunicacional tiene como objetivo el análisis del contexto interaccional donde se encuentra inmerso cada uno de los miembros de un sistema familiar, también podrá identificar las diferentes técnicas que se pueden utilizar dentro de un proceso terapéutico.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 7

Unidad 4. Modelo sistémico

Estimado(a) estudiante, la semana anterior se revisaron algunas terapias dentro del modelo sistémico (modelo estratégico comunicacional y la terapia estructural), en esta semana continuaremos con el abordaje del modelo mencionado, especificando otras terapias que aportan al sistema familiar.



4.2. Terapia intergeneracional

Murray Bowen e Ivan Boszormenyu-Nagy (1973) son pioneros de este modelo que se basa en dos premisas: a) la transmisión intergeneracional de esquemas emocionales y conductuales; y b) la familia cumple un rol determinante en la autonomía de cada uno de los miembros del sistema (Rodríguez, 2019).

En la primera premisa se identifica a la familia como una unidad emocional y la presencia de grandes interrelaciones que han creado a lo largo del tiempo de generación en generación, la unidad emocional que identifica a un grupo familiar también se la denomina como una masa indiferente del ego familiar, es decir, la identidad familiar que se encuentra comprometida en cada miembro de la familia y que demuestra un sentimiento de unión (*"nosotros los Carrión..."*, *"para nosotros es muy importante..."*) (Moreno, 2014).

El segundo aspecto va relacionado con dos fuerzas: la unión y la individualización, dentro del sistema familiar, al encontrar un equilibrio adecuado entre estas dos fuerzas, da lugar a miembros más autónomos y capaces de tomar decisiones por sí solos (Rodríguez, 2019).

Murray Bowen (1978) es uno de los autores pioneros de este modelo sistémico, el cual menciona un constructo importante dentro de la terapia intergeneracional, la diferenciación del self que refiere cuando una persona debe establecer una distancia emocional y psicológica adecuada para poder actuar de manera autónoma dentro del círculo familiar (Rodríguez, 2019).

Le invito a profundizar sus conocimientos sobre la terapia intergeneracional.



Terapia intergeneracional

La diferenciación del self se identifica por la capacidad que tiene la persona de tomar conciencia y distinguir los pensamientos de las emociones, pensando adecuadamente antes de actuar, mientras que en las personas con bajo grado de diferenciación es lo contrario, ya que no ven con claridad y actúan de manera reactiva movidos por las emociones (Moreno, 2014).

Lo contrario de la diferenciación es la fusión, cuando una persona del grupo familiar se encuentra estancada emocionalmente en la masa indiferenciada familiar y se complica el establecimiento de límites y la falta de autonomía en el grupo familiar (Rodríguez, 2019).

Algunos de los problemas que presentan las familias están relacionados por los siguientes constructos (Moreno, 2014):

- *Patrones interaccionales disfuncionales*: se enfocan en conductas interaccionales, patrones de reacción emocional y patrones de pensamiento.
- *Triángulos*: estos triángulos se originan por momentos de crisis o ansiedad donde se suele involucrar a un tercero, por ejemplo, en un conflicto de pareja se involucra a un hijo o algún otro miembro de la familia, estos triángulos son problemáticos cuando se evidencian patrones de interacciones fijas que se mantienen en el tiempo. Además, los profesionales forman parte de este constructo al intervenir con parejas o familiares, este aspecto puede agravar la situación o, por el contrario, puede ayudar a regular en el caso de llegar a una tensión insostenible, a continuación, un ejemplo con respecto a los triángulos.





Cristina, adolescente de 14 años, empieza a delinquir robando junto a un grupo de amigos. Acaba ingresando en un Centro para Menores. Una vez allí se relaja y mejora sus resultados escolares. Sus padres que, aun después del divorcio, mantenían una relación cargada de violencia, son convocados por el personal del centro que les ayuda a negociar límites semejantes para cuando la niña vuelva a sus casas. El centro, en este caso, actúa como el tercero del triángulo (función que cumplía la niña y regula la tensión de manera controlada y funcional) (Moreno, 2014).

- **Ruptura emocional:** es otra forma de abordar los conflictos familiares, aumentando la distancia para evadir la ansiedad que se presenta durante el enfrentamiento.
- **Problemas de lealtad:** se basan en dos principios básicos: las lealtades familiares y el principio de justicia. Las lealtades son aquellas expectativas que se generan en el entorno familiar a lo largo del tiempo, traen consigo varias responsabilidades y obligaciones para todos los miembros del sistema familiar, cuando son demasiado rígidas, se les denomina estancamiento relacional, por lo general, los miembros de la familia presenta dificultades para invertir su tiempo en nuevas relaciones fuera del sistema, por ende, pueden presentar fracasos en diferentes áreas de su vida o en futuras relaciones (Moreno, 2014).





Loli y Carlos acuden a terapia porque tienen numerosas peleas y “parece” que es eso lo que impide que tengan relaciones sexuales. Se plantean incluso separarse. Habían hablado de tener su primer hijo y lo han pospuesto hasta decidir si se separan o no. En el transcurso de la sesión, Loli habla de lo “brillante sexualmente” que ha sido siempre su madre en su matrimonio (lo ha escuchado desde pequeña). Su planteamiento es que con unas relaciones sexuales insatisfactorias y tantas peleas no pueden avanzar un paso más en la construcción de su familia (tener un hijo). Uno de los aspectos que se trabajan en el transcurso de la terapia es la lealtad de Loli hacia su madre, expresada a través del fracaso de su propia relación sexual y la dificultad para el compromiso con su familia nuclear (Moreno, 2014).

El objetivo general de la terapia se dirige en ayudar al individuo, a la pareja o a la familia a conocerse a sí mismo y el funcionamiento del sistema relacional, porque de esta forma se aumentan los niveles de diferenciación. (Moreno, 2014). Según Bowen, dentro del proceso terapéutico se trabajan ciertos aspectos: el manejo de la ansiedad y alivio de síntomas, y el fortalecimiento de la diferenciación para mejorar la capacidad adaptativa (Rodríguez, 2019).

La terapia se enfoca más en la comprensión total de la problemática que la acción, por ende, el terapeuta es un guía y, con una posición neutral, realiza preguntas para recabar información relevante del individuo o del sistema para que, de esta forma, sea consciente de sus patrones relacionales disfuncionales (Rodríguez, 2019).

Técnicas

El proceso terapéutico se centra en el problema relacional actual, el individuo y el sistema familiar (Moreno A., 2014), por tal razón, la terapia puede aplicarse a nivel individual, de pareja o familiar, sabiendo que si uno de los miembros del sistema cambia se producirán cambios dentro del grupo familiar. (Rodríguez, 2019)



Primeramente, se deben identificar algunas técnicas de evaluación para recabar información suficiente de la problemática. Para conocer el problema y entender la dinámica de las interacciones de grupo familiar, se debe preguntar principalmente todo lo relacionado con el problema, la historia de la familia nuclear y la historia de la familia extensa (Rodríguez, 2019).

Esta evaluación se la puede realizar utilizando dos técnicas: genograma y cronograma. Como se explicó anteriormente, el genograma es una representación gráfica de cada uno de los miembros de la familia y sus relaciones (para mayor información, revisar la presentación de la terapia estructural) (Rodríguez, 2019). Mientras que el cronograma tiene una perspectiva histórica, mediante una línea de tiempo se representan todos los cambios suscitados dentro de la familia, tanto internos como externos, por medio de esta técnica, podemos ir generando hipótesis sobre diferentes aspectos que se repiten de generación a generación (Moreno, 2014).

Para mayor información, revisar el siguiente módulo didáctico:

[Elaboración de Genograma](#)

La terapia se puede llevar a cabo de diferentes maneras, dependiendo de la disponibilidad de la familia:

- **Terapia familiar**

La terapia familiar suele iniciar cuando se presenta un estancamiento relacional, por lo tanto, el principal objetivo es que los miembros del sistema acepten el trabajo conjuntamente con la familia y no solo con un miembro que presenta o se supone que tiene la mayor carga de la problemática (Moreno, 2014).

Para que el sistema familiar salga de aquella fase de estancamiento, primeramente, se debe indagar en las expectativas familiares de cada uno de los miembros, identificar las necesidades y sentimientos heridos e



intentar equilibrar los méritos y obligaciones, sanando los diferentes conflictos de generación en generación y buscando un adecuado equilibrio entre la familia de origen y la familia nuclear (Moreno, 2014).

▪ **Terapia en pareja**

La terapia de pareja es utilizada con frecuencia dentro del modelo intergeneracional, incluso cuando el motivo de consulta radica en problemas de un hijo, por lo general, se interviene con la pareja de padres, ya que el cambio de ellos mejorará la situación del hijo, puesto que probablemente está involucrado dentro de un triángulo emocional. La comunicación en el proceso terapéutico se da entre el terapeuta y cada uno de los cónyuges, de esta manera, la otra persona se coloca en una situación de escucha y posteriormente puede dar respuesta a las preguntas que realiza el terapeuta sobre su valoración de lo escuchado (Garibay, 2013).

▪ **Terapia individual**

En este ámbito no se requiere la presencia de toda la familia, ya que los cambios que realice el individuo impactan en sus relaciones y en todos los miembros del sistema familiar (Moreno, 2014), el proceso es el mismo que en las otras terapias, se empieza en la toma de conciencia del paciente del tipo de relación que tiene con los miembros de la familia de origen, indagando en los patrones relacionales y triangulaciones, para posteriormente diseñar o programar cambios como reencuentros con los miembros de la familia para aclarar temas y profundizar relaciones; y trabajar en las triangulaciones, ayudándolo a que identifique el proceso en el que se encuentra inmerso y cómo está siendo un factor mantenedor de la problemática (Rodríguez, 2019).



4.3. Terapia familiar existencial

Virginia Satir, pionera de la terapia familiar existencial, adopta principios de Carl Rogers sobre la capacidad de desarrollo y progreso de cada individuo, diferenciando entre dos modelos de personas: el modelo semilla, que posee los recursos para desarrollarse, y el modelo basado en la visión de que las personas son inherentemente malas y sus emociones peligrosas, controlables mediante castigos y recompensas.

La terapia se centra en el crecimiento personal y la expansión de potenciales, enfocándose tanto en el terapeuta como en los miembros de la familia, con énfasis en el presente como motor de cambio. El proceso busca mejorar la autoestima, las habilidades comunicativas y revisar las reglas familiares, donde el terapeuta facilita nuevas formas de interacción y contacto emocional, promoviendo la aceptación y adaptación adecuada al entorno.

Se cree que la fuerza esencial en el proceso terapéutico es el encuentro existencial, por ende, dichos encuentros deben ser recíprocos, el terapeuta debe ser un profesional genuino que catalice el cambio utilizando su impacto personal en las familias (Nichols, 2017).

Técnica

Las técnicas tienen como objetivo ayudar a las personas a buscar nuevas formas de actuar y expresarse, esta terapia utiliza algunas técnicas psicodramáticas y de corte más comunicativo.

Técnicas activas: se invita a la familia a representar la dinámica familiar mediante técnicas psicodramáticas como:

- *Escultura familiar:* técnica donde se recrean las relaciones existentes en el sistema familiar a través de la formación de una escultura, también se la puede utilizar con ciertos objetivos específicos como la representación de reglas, patrones interaccionales y estilos de comunicación. Se pueden





realizar diferentes tipos de esculturas, por ejemplo: escultura real, escultura deseada, escultura temida, etc. (Población y López).

- *Escenificación del drama*: dramatización de una escena problemática en la familia, el terapeuta invita a los miembros de la familia a que interactúen en su presencia con el propósito de vivenciar el contexto o realidad familiar, posterior a ello, el terapeuta es quien reorganiza la situación cambiando el sentido de lo que ocurre introduciendo nuevos elementos (Minuchin y Fishman, 2004).
- *Técnicas de las cuerdas*: esta técnica sirve para demostrar la complejidad de los vínculos, se le entrega una cuerda a cada uno y se pide que se ate a un extremo de la cuerda y el otro extremo a una parte del cuerpo de la otra persona, atar tantas ligaduras como relaciones y con esto se evidencia cómo unas ligaduras arrastran a otras para finalmente, acabar afectando a la familia.

4.3.1. Manejo de la comunicación en la terapia

El contacto físico, el uso de las metáforas, el uso del humor para relajar la situación y el replanteamiento, es decir, ofrecer diferentes significados a las conductas de las personas son algunos aspectos que consideran esenciales algunos autores para el manejo de las comunicaciones dentro del proceso terapéutico.

Estimado(a) estudiante, le invito a leer el **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) para profundizar en la temática.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

Actividad 1. Elaboración de un mapa mental de la terapia intergeneracional

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) específicamente la terapia intergeneracional.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un mapa mental con las ideas destacadas anteriormente.

Finalizada la primera actividad, comprenderá que la terapia intergeneracional se enfoca en ayudar al individuo, a la pareja o a la familia a conocerse a sí mismo y el funcionamiento del sistema relacional.

¡Excelente!

Actividad 2. Estimado(a) estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad, le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomendando leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.



Autoevaluación 4

1. () Los triángulos se originan por momentos de crisis o ansiedad donde se involucra a terceros.
2. Los problemas de lealtad se basan en dos principios básicos:
 - a. Lealtades familiares y principios de justicia.
 - b. Lealtades familiares y ruptura emocional.
 - c. Lealtades familiares y principios de igualdad.
3. En qué terapia del modelo sistémico, el objetivo va enfocado en ayudar al individuo, a la pareja o a la familia a conocerse a sí mismo y el funcionamiento del sistema relacional.



- a. Terapia familiar existencial.
 - b. Terapia centrada en soluciones.
 - c. Terapia intergeneracional.
4. () El cronograma familiar es una representación gráfica de cada uno de los miembros de la familia y sus relaciones.
5. La terapia intergeneracional se la puede llevar a cabo de la siguiente manera:
- a. Terapia familiar.
 - b. Terapia familiar y de pareja.
 - c. Terapia familiar, terapia de pareja y terapia individual.
6. () La terapia familiar existencial asume las postulaciones de Carl Rogers donde establece que todo individuo es capaz de progresar y desarrollar todas sus potencialidades.
7. Según la terapia familiar existencial, el núcleo familiar se compone de tres aprendizajes básicos:
- a. Autoconcepto, límites y pautas de comunicación.
 - b. Autoestima, reglas y pautas de comunicación.
 - c. Alianzas, reglas y pautas de comunicación.
8. () La terapia familiar existencial se enfoca en conocer el diagnóstico o patología presente y también se preocupa por el desarrollo y el crecimiento del sistema familiar.
9. () De acuerdo a la terapia intergeneracional, las dos técnicas de evaluación son: genograma y cronograma.
10. () El genograma es una representación gráfica de cada uno de los miembros de la familia y sus relaciones.



[Ir al solucionario](#)

Concluida la autoevaluación, si usted alcanzó un alto porcentaje de logros puede continuar, en el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 8

Actividades finales del bimestre

Estimado(a) estudiante, en la presente semana deberá revisar los contenidos de las unidades abordadas en el primer bimestre, sugiero que revise: conceptualización de psicoterapia, proceso terapéutico, comunicaciones verbales y no verbales, los modelos psicodinámicos, humanista-existencial y sistémico.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1

- Revise cada uno de los apuntes tomados sobre los aspectos importantes de cada temática.
- Revise los organizadores gráficos y estudios de casos realizados de cada temática.
- Estudie y analice los contenidos del texto complementario para la evaluación bimestral.





Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 2:

Formula planes de intervención psicoterapéutica en función de las necesidades y demandas de los destinatarios.

El estudiante adquiere las competencias necesarias para diseñar planes de intervención psicoterapéutica basados en un análisis riguroso de las necesidades y demandas de los destinatarios. A partir de la integración de enfoques teóricos y metodológicos, desarrolla estrategias adaptadas a cada contexto, considerando factores individuales, sociales y culturales. Esto le permite estructurar intervenciones efectivas, con objetivos claros y fundamentados, que contribuyan al bienestar y desarrollo de las personas atendidas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 9

Estimados estudiantes, una vez abordados los temas del primer bimestre: fundamentos de la psicoterapia y los enfoques psicoterapéuticos (modelo psicodinámico, humanista-existencial y sistémico), en este segundo bimestre continuaremos abordando los modelos psicoterapéuticos, específicamente el modelo cognitivo conductual, el modelo integrativo y los modelos contemporáneos.

En cada unidad encontrará diferentes actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos educativos que le ayudarán a profundizar en la temática y a obtener un aprendizaje significativo.



Unidad 5. Modelo cognitivo conductual

Estimado(a) estudiante, en la presente unidad, al igual que en anteriores, abordaremos un modelo psicoterapéutico denominado cognitivo conductual, para ello, iniciaremos con la terapia conductual y, en posteriores semanas, continuaremos con la terapia cognitiva. Los contenidos de la Unidad 5, Modelos cognitivo conductual, estarán disponibles en el **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).

5.1. Terapia conductual: principios básicos

La terapia conductual se originó como una alternativa a las psicoterapias de la época, haciendo frente especialmente al psicoanálisis, parte de la idea de que toda conducta, ya sea adaptativa o desadaptativa, es aprendida y modificable por medio de los principios del aprendizaje, a diferencia de otros enfoques teóricos-prácticos, esta terapia se basa en la acción (Ruiz et al., 2017).

Para poder llegar a este constructo, el término pasó por un sinnúmero de etapas históricas desarrolladas a partir de investigaciones experimentales del comportamiento, de ahí que su surgimiento corresponde a diversas aportaciones de varios autores. Por lo tanto, comprender a la persona es entender cómo aprende y la terapia conductual se basa principalmente en tres tipos de aprendizaje: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje observacional.

Condicionamiento clásico

Este tipo de aprendizaje implica el trabajo conjunto entre un estímulo neutro (EN) y un estímulo incondicionado. El estímulo neutro es aquel que no produce ninguna respuesta sobre el individuo investigado (luz, sonido de campana), mientras que el estímulo incondicionado produce una respuesta innata que Pavlov lo denominó como respuesta incondicionada (RI). Por lo tanto, con este trabajo conjunto el estímulo neutro obtiene las propiedades del estímulo incondicionado, convirtiéndolo en un estímulo condicionado (Ruiz et al., 2017).



La teoría pavloviana nos ayuda a entender la naturaleza del aprendizaje humano a través de la conducta, reconoce que la mayoría de nuestros aprendizajes son producto de la asociación de conductas. En otras palabras, este procedimiento obedece a un patrón de estímulo-respuesta a partir del cual un sujeto asocia un determinado evento con otro, provocando así una conducta esperada de él, mismo que es producto de una asociación de eventos en la memoria (Ruiz et al., 2017).

Un ejemplo de ello sería la respuesta de miedo a la altura.

- Cada vez que un niño se asoma a la terraza, recibe un grito de sus padres solicitándole que se separe.

Respuesta: un grito de advertencia de peligro produce una respuesta de miedo y, al aparecer, junto a la conducta de asomarse a la terraza, esta última puede acabar produciendo el mismo pánico.

Estímulo incondicionado: grito

Respuesta incondicionada: miedo

Estímulo condicionado: asomarse (por la asociación al grito) acabará produciendo la respuesta, ahora condicionada.

Respuesta condicionada: miedo

Condicionamiento operante

El proceso de aprendizaje se modifica dependiendo de la ocurrencia de una conducta, de acuerdo a la relación existente con el estímulo posterior a dicha conducta, es decir, si una respuesta realizada en presencia de un estímulo va seguida de un evento satisfactorio, la relación entre estímulo y respuesta se fortalece; si la respuesta va seguida por un evento negativo, esta asociación se debilita (Baile, 2017).



Un ejemplo de ello sería sacar buenas notas en la escuela, estas son gratificadas por sus padres en forma de refuerzo positivo. Este último se asociará al esfuerzo de estudio y fomentará cada vez mejores calificaciones.

El **aprendizaje observacional** corresponde al tercer tipo de aprendizaje que refiere a que los individuos son capaces de aprender sin actuar, únicamente observando a un modelo.

5.1.1. Tratamiento

La terapia conductual es una forma de terapia basada en la acción, misma que tiene como objetivo alcanzar un cambio conductual, entendido este último como la disminución o desaparición de conductas desadaptativas para ser sustituidas por conductas adecuadas. En este procedimiento el terapeuta conductual ha de mostrarse como un investigador activo y directivo, capaz de aplicar los avances de la psicología para generar un cambio en el comportamiento de su paciente, evaluar y aplicar técnicas necesarias para su tratamiento (Rodríguez, 2019).

5.1.2. Técnicas

Con respecto a las técnicas, Gavino (2006) propuso un esquema que las agrupa según sus indicaciones: control de ansiedad, establecimiento de nuevas conductas, incremento o disminución de conductas.

A continuación, le invito a revisar cada una de ellas:



Técnicas de control de ansiedad

5.1.2.1. Técnicas de control de ansiedad

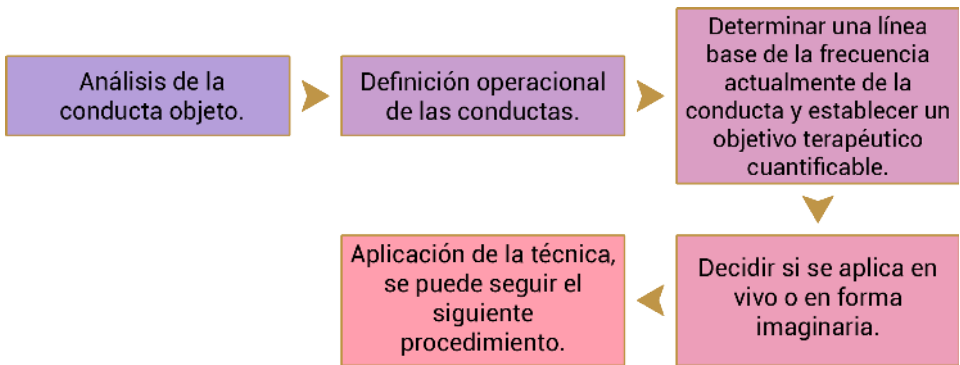
El objetivo principal de estas técnicas es romper esa asociación que hace el individuo con respecto a los estímulos y respuestas ansiógenas y, de esta manera, sustituirlas por respuestas más adecuadas.

▪ Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática presenta una idea básica donde determina que la respuesta de miedo o ansiedad puede reducirse mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad, generalmente se utiliza la relajación, se presenta al individuo de manera progresiva, en vivo o por medio de la imaginación, reacondicionando la reacción del individuo e impedir conductas de evitación o de escape (Ruiz et al., 2017).

En la aplicación se puede seguir el siguiente esquema:

Figura 9
Esquema desensibilización sistemática.



Nota. Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (p. 244) por Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2017, Desclée de Brouwer.

- Explicación de la técnica al cliente, justificación y decisión conjunta de la forma de aplicación.

- Explorar si el paciente cuenta con habilidades con respecto a la relajación, en el caso que no enseñar la técnica.
- Elaboración de una jerarquía con ítems que tengan relación con el estímulo que le cause miedo o ansiedad, para ello se puede utilizar una Escala Subjetiva de Unidades de Ansiedad que se encarga de evaluar el grado de ansiedad en una escala de 1 a 100.
- Comenzar el proceso de acuerdo con los ítems por orden ascendente del miedo o ansiedad que generen.
- Si la técnica fue completada de forma imaginaria, se organiza con el paciente para hacerlo en exposición en vivo.

▪ **Entrenamiento asertivo**

Se utiliza la asertividad en el presente entrenamiento con la finalidad de incrementar la capacidad del sujeto para dar respuestas adecuadas, se utiliza para descondicionar los hábitos de respuesta de ansiedad desadaptativos que presentan los individuos como respuesta a las interacciones con el contexto (Olivarez et al., 2014).

Para la aplicación se puede seguir el siguiente esquema:

- Evaluar la asertividad mediante escalas o por medio de descripciones de situaciones problemáticas que le causan preocupación al paciente.
- Establecimiento de una jerarquía con las situaciones problemáticas y de acuerdo a ellas crean respuestas asertivas.
- Entrenamiento en cada una de las situaciones, para aquello el terapeuta comienza haciendo de modelo, después lo realiza el cliente y el terapeuta, al finalizar, realiza una retroalimentación.

▪ **Exposición**

Implosión: se caracteriza por someter a la persona a una situación imaginaria que le cause ansiedad y mantenerla en ella durante largos periodos de tiempo, la finalidad es la provocación de la respuesta emocional hasta conseguir la extinción (Baile, 2017).





La inundación: consiste en exponer al individuo al estímulo que le cause miedo o ansiedad con la finalidad de impedir respuestas de evitación. Se espera que el individuo ponga en marcha procesos de habituación y de extinción del estímulo condicionado (Baile, 2017).

▪ Prevención de respuesta

Por lo general, esta técnica se trabaja con personas obsesivas, consiste en exponer al individuo a un estímulo ansiógeno e impedir que realice una conducta de escape o evitación (Baile, 2017). El objetivo principal es extinguir los comportamientos motores y demostrar que no sucede nada si no se realiza el ritual (Rodríguez, 2019).

▪ Relajación y respiración

El entrenamiento en relajación y respiración se presenta al individuo como una estrategia activa para el afrontamiento del estrés, ya que permite reducir o eliminar la activación fisiológica (Ruiz et al., 2017).

Técnica de relajación de Jacobson

Es una de las técnicas más utilizadas por los terapeutas, puesto que ha demostrado gran eficacia para el manejo de la ansiedad, tiene como finalidad reducir los niveles de activación fisiológica por medio de la disminución progresiva de la tensión muscular, el procedimiento se basa en tensar y destensar los diversos grupos musculares tomando conciencia de cada una de las sensaciones (Ruiz et al., 2017).

En la ejecución de la técnica, inicialmente se toman en cuenta 16 grupos musculares, a continuación, se describirán algunas indicaciones con respecto a la técnica para lograr la tensión de los músculos (Ruiz et al., 2017).

Tabla 3

Indicaciones de los grupos musculares.

1. Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante.
2. Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
3. Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante.
4. Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
5. Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente.
6. Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
7. Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua.
8. Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como si fueran a unir los omóplatos entre sí.
10. Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso.
11. Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón.
12. Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
13. Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo.
14. Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón.
15. Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba.
16. Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo.



Nota. Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (p. 258) por Ruiz, M., et al., 2017, Desclée de Brouwer.

Además de la relajación muscular, también se enseña cierta pauta de respiración rítmica, profunda y abdominal. En cuanto a su duración, dependerá de la capacidad de relajación del individuo y de la intensidad de la relajación que se desea adquirir, por lo general, se suele dedicar 15 minutos a cada grupo muscular, requiriendo un mínimo de 3-4 sesiones (Baile, 2017).

Técnica de la relajación autógena

Esta técnica ayuda al individuo a la representación mental de las sensaciones físicas, especialmente relacionadas con las sensaciones de peso y calor (Baile, 2017; Rodríguez, 2019), por ejemplo:

- Sensaciones de pesadez y calor en las extremidades.
- Regulación de latidos del corazón.
- Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo.
- Concentración pasiva en la respiración.

Técnicas de respiración

La respiración es un proceso fundamental en la regulación de la actividad metabólica, es uno de los procedimientos más antiguos y más conocidos para la reducción de niveles de activación fisiológica, a continuación, algunos ejercicios de respiración (Ruiz et al., 2017):

- **Respiración profunda:** técnica útil para la reducción del nivel de activación general, el entrenamiento consiste en realizar de 4 a 5 respiraciones profundas seguidas y repetir entre 10 a 15 veces en el día, por la mañana, tarde y noche, especialmente realizar este ejercicio en situaciones estresantes. Indicaciones que se deben considerar:





Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.

Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.

Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.

Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”.

Exhalar el aire despacio, al tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.



Nota. Adaptado de (Ruiz et al., 2017).

- **Respiración contada:** entrenar una respiración diafragmática, donde el individuo debe dirigir el aire a la parte inferior de las costillas, mientras que inspira debe pensar en una palabra y al espirar pensar en otra (calma, relax). Es recomendable hacerlo diez veces seguidas y repetir veinte veces.
- **Respiración abdominal:** entrenar la respiración únicamente moviendo el abdomen.
- **Respiración intercostal o media:** dirigir el aire a la zona media del tórax y hacia los costados, para fortalecer la movilidad de la musculatura intercostal y del tórax.

Mindfulness

Es una técnica que tiene como finalidad obtener una atención plena del aquí y el ahora, siendo consciente de lo que siente y piensa en el momento presente, por lo tanto, se entrena a la persona para que sea consciente y capaz de estar en el presente, sin realizar juicios o críticas y en una postura de aceptación. En el modelo contemporáneo, semana 14, se profundizará en esta temática (Rodríguez, 2019; Ruiz et al., 2017).

Intención paradójica

La técnica de intención paradójica se caracteriza por provocar en el individuo cambios en las actitudes y reacciones personales ante diversas situaciones de estrés o malestar, tratando de desmontar un círculo vicioso, enfocándonos en lo más temido (Ruiz et al., 2017).

Por ejemplo, un paciente con insomnio pone todo su esfuerzo cada noche en quedarse dormido; con la intención paradójica se pide a la persona con insomnio hacer exactamente lo contrario a lo que intenta, dándole la indicación de acostarse, pero tratando de mantenerse despierto el máximo de tiempo posible. Esta forma de proceder le permite dejar la batalla por dormir, puesto que la indicación es de mantenerse despierto y llegar así al sueño (dejando de luchar) más rápidamente (Ruiz et al., 2017).



Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana 9 invito a leer el **texto denominado:** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) para profundizar en la temática.

Posterior a ello, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión con respecto a la terapia conductual y sus técnicas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Elaboración de un cuadro sinóptico sobre las técnicas para el control de la ansiedad

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente, los apartados correspondientes a la semana.
- Subraye las ideas principales y secundarias.



- Elabore un cuadro sinóptico con las ideas destacadas anteriormente.

Finalizada la primera actividad, comprenderá el objetivo de las técnicas para el control de la ansiedad, siendo de gran aporte para el paciente, específicamente en situaciones estresantes para la reducción de los niveles de activación fisiológica.

¡Éxitos!

Actividad 2. Aplicación de la técnica de respiración profunda

Procedimiento:

Estimado estudiante, para realizar la segunda actividad debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente la técnica de respiración profunda.
- Aplicarse a sí mismo la técnica de respiración profunda, tomando en consideración cada una de las instrucciones dadas en la temática y practicarla varias veces al día.

¡Éxitos!

Finalizada la segunda actividad recomendada, conocerá los beneficios de la técnica de respiración, especialmente en eventos y sucesos estresantes, y la importancia de practicarla varias veces al día para que de esta forma se automatice el proceso.





Unidad 5. Modelo cognitivo conductual

5.1. Terapia conductual: principios básicos

Estimado(a) estudiante, la semana anterior revisamos algunas técnicas para el control de la ansiedad que son de gran ayuda para la disminución de niveles de activación fisiológica, por ende, en esta semana continuaremos con el abordaje de técnicas de la terapia conductual, específicamente técnicas para establecer, incrementar y disminuir conductas. Los contenidos de la unidad: Modelo cognitivo conductual, estarán disponibles en el **texto denominado [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).**

Terapia conductual

5.1.2.2. Técnicas para establecer nuevas conductas

Moldeado o aproximaciones sucesivas:

El moldeamiento consiste en proporcionar refuerzos mediante pequeños pasos que conducen a una conducta ideal o meta, es decir, inicialmente las aproximaciones sucesivas se llevan a cabo con las respuestas o conductas que componen la respuesta final. A través de estas aproximaciones se va alcanzando gradualmente la conducta meta que se pretende obtener. A medida que se van reforzando y afianzando, las aproximaciones que más se parecen a la conducta meta y las conductas que menos se parecen se van dejando de reforzar (Ruiz et al., 2017).

Desde esta perspectiva, esta técnica se puede llevar a cabo reforzando algunos aspectos de la conducta meta, así como: topografía (configuración espacial, ej. aprender a coger la cuchara), cantidad (frecuencia y duración de la conducta, ej. caminar todos los días, estudiar), latencia (tiempo medio entre la



situación a estimular y la emisión de la respuesta) e intensidad (fuerza física para realizar la conducta) (Ruiz et al., 2017). Así mismo, para efectivizar esta técnica se hacen necesarios los siguientes pasos:

1. Seleccionar la conducta final o meta y definirla de forma clara, objetiva, y compleja.
2. Evaluar el nivel de ejecución real.
3. Seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida.
4. Seleccionar los reforzadores que se utilizarán.
5. Reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas.

Esta técnica se utiliza generalmente para el aprendizaje de habilidades motoras y competencias, en los niños se utiliza de manera que consta para: aprender a hablar, comer solos, caminar o vestirse. En los adultos también se presenta para el aprendizaje de diversas conductas (Ruiz et al., 2017).

Encadenamiento

El encadenamiento tiene la finalidad de instaurar respuestas complejas conectando con figuras que ya se encuentran en el repertorio del paciente/cliente, estas respuestas complejas forman parte de diferentes pasos que deben ejecutarse secuencialmente. A diferencia del moldeamiento que las respuestas previas deben extinguirse al avanzar el proceso de aprendizaje, el encadenamiento, con respecto a las respuestas previas, debe mantenerse durante y después del aprendizaje de la respuesta meta (Olivarez et al., 2014).

Existen tres tipos de encadenamiento según Martin y Pear (1999):

- a. *Presentación de la cadena total*, refiere a la secuencia total requerida para llegar a la conducta meta, entrenando al paciente en cada paso que se ha de realizar, desde el inicio hasta el final.
- b. *Encadenamiento hacia delante*, se enseña el paso inicial de la cadena, si es que se realiza bien, se sigue con el paso 2, el paso 2 con el 3, y así sucesivamente hasta llegar a la conducta esperada que es el paso final. La cadena exige que cada uno de los pasos vayan en secuencia, es decir, que



cuando se hayan encadenado el paso 1 y 2, se enlaza el 2 con el 3, pero para realizar este último paso se ejecutan tanto el 1 como el 2 hasta llegar al 3, así sucesivamente se van uniando y sumando los eslabones en cada ensayo hasta la conducta final.

- c. *Encadenamiento hacia atrás*, una vez definidos todos los pasos que componen la cadena, el proceso se realiza comenzando por la conducta final y se van añadiendo las conductas que le van precediendo hasta llegar al eslabón inicial (Ruiz et al., 2017).

Para el desarrollo de la técnica de encadenamiento se podría seguir el siguiente esquema:

1. Analizar la conducta objetivo ausente.
2. Definir la conducta de forma operacional.
3. Establecimiento de una línea base de frecuencia de la conducta en la actualidad y un objetivo terapéutico cuantificable.
4. Identificar los posibles reforzadores positivos a emplearse.
5. Establecer el programa de contingencias que contenga los siguientes elementos: a) adecuada definición de la conducta meta, b) determinar las conductas intermedias que se van a proponer, c) fijar los tipos de refuerzos que se aplicarán en cada fase intermedia, d) identificar cómo se define que una conducta intermedia está superada, y e) identificar la persona que aplicará y cómo se utilizarán los refuerzos, etc. (Baile, 2017).

Invito a revisar el siguiente REA denominado: [Intervención conductual para la adquisición de lenguaje en dos niños con autismo \(estudio de casos\)](#), en el mismo podrá visualizar el uso y desarrollo de diferentes técnicas de modificación de conducta como el encadenamiento, moldeamiento y reforzamiento positivo.



Técnica de modelado

La técnica de modelado tiene la finalidad de enseñar o mejorar una conducta mediante la observación de un modelo, esta técnica tomó en cuenta los principios básicos del aprendizaje objetivación: atención, reproducción y motivación (Ruiz et al., 2017):

- a. Atención: para llevar a cabo la técnica es importante que el observado atienda cada uno de los aspectos relevantes de la conducta del modelo (terapeuta).
- b. Retención: para que se realice el modelado es importante que el observado (paciente) tenga la capacidad de codificar simbólicamente (representar verbalmente y mediante imágenes) toda la información importante para la adquisición de una conducta y la posterior ejecución.
- c. Reproducción: al igual que el proceso de retención, es importante que el observador tenga la capacidad de atender, retener, almacenar, recuperar y, principalmente, reproducir la información importante de la conducta a ejecutar.
- d. Motivación: para que el aprendizaje se realice, se efectúe y se mantenga la conducta, es importante que existan consecuencias por parte del modelo mediante refuerzo, autorrefuerzo o extinción.

Activación conductual

Esta técnica tiene el objetivo de aumentar las actividades diarias, forjando situaciones placenteras y nuevas oportunidades para que el paciente pueda poner en marcha sus capacidades. Ha mostrado gran eficacia en el tratamiento de personas con depresión, por lo general dichas personas evitan situaciones de contacto social perdiéndose la posibilidad de experimentar situaciones agradables.

A continuación, revise el siguiente REA denominado: [Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva](#), posterior a ello podrá evidenciar el uso de la técnica de activación conductual en un caso de sintomatología depresiva, el proceso terapéutico incluyó diferentes



componentes como: recuperación de actividades abandonadas, extinción de conductas de evitación, replanteamiento de objetivos vitales, programación horaria y recuperación de obligaciones laborales, sociales y domésticas.

5.1.2.3. Técnicas para incrementar conductas

Refuerzo positivo

Hace referencia al incremento de una conducta ante la presencia de estímulos agradables o gratificantes como consecuencia de su realización. **Ejemplo**, «si no te quedas a supletorios, te compro la ropa que deseas», aunque haya reforzadores universales (el dinero, los elogios), hay que estudiar, lo que funciona como reforzador para la persona (Ruiz et al., 2017).

Se programan diversos refuerzos para aumentar el cambio de conducta, por ejemplo, la programación de refuerzos fijos (elogios por realizar la tarea solo) o refuerzos variables (un premio cada vez que realice las tareas solo) (Rodríguez, 2019).

Por otro lado, los reforzadores positivos han sido agrupados en diversas categorías, algunas de las más representativas se resumen en la siguiente tabla:



Tabla 4
Reforzadores positivos.

Reforzadores primarios o incondicionados:	Su valor se asocia a necesidades básicas del ser humano, como bebida, comida, etc.
Reforzadores secundarios o condicionados:	Su valor reforzador no se ha adquirido automáticamente, por el contrario, se desarrolla bajo un proceso de aprendizaje (comida/elogios).
Reforzadores condicionados generalizados:	Representan a aquellos reforzadores condicionados asociados a varios reformadores porque son constructos del aprendizaje (comida, sonrisa, actividades reforzantes).
Reforzadores tangibles:	Objetos materiales que pueden ser incondicionados o condicionados (juguetes, aparatos electrónicos).
Reforzadores sociales:	Corresponde a una respuesta de elogio, atención, etc., que recibe una persona como consecuencia de una conducta.
Actividades reforzantes:	Aquellas acciones que son placenteras para una persona permitiéndole incrementar la ocurrencia de la conducta.

Nota. Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 159-160) por Ruiz, M., et al., 2017, Desclée de Brouwer.

Ahora bien, hay que tomar en cuenta que no todos los estímulos son recibidos de manera gratificante por las personas, esto debido a la diversidad del ser y su variedad de conductas, mismas que provocarán que el reforzamiento sea percibido diferente, aunque se trate de circunstancias similares.

Control estimular

Esta técnica se enfoca principalmente en la modificación de estímulos discriminantes, estos últimos son los que señalan al sujeto en el momento y lugar, si se realiza una determinada conducta, la misma será reforzada o castigada. La intervención de la técnica surge antes de que ocurra la conducta para que la misma se desarrolle de una forma u otra. Un ejemplo de ello sería



cuando los niños, al asistir a diversos eventos religiosos en un templo, han aprendido que ante ciertos estímulos visuales u olorosos, la conducta a efectuar es una posición de silencio, recogimiento, movimientos tranquilos, etc., por lo tanto, nos damos cuenta de que dichas conductas surgen de manera natural cuando se entra en dicho contexto estimular en la edad adulta (Baile, 2017).

Economía de fichas

Es una técnica de modificación de conducta que es considerada como una estrategia basada en el reforzamiento operante, reorganizando los posibles refuerzos negativos y positivos, a fin de promover o reducir la ejecución de una conducta (Baile, 2017). Una característica general del programa de economía de fichas es el uso de reforzadores generalizados (puntos, fichas, pegatinas, etc.) que se canjean por reforzadores de apoyo de acuerdo a reglas establecidas de intercambio. El valor del reforzador generalizado dependerá de la variedad, magnitud y frecuencia de los reforzadores primarios asociados a aquel (Ruiz et al., 2017).

Los componentes del programa de economía de fichas son los siguientes:

- Listado de conductas que se pretenden modificar.
- Indicaciones con respecto al número de fichas que puede ganar por cada conducta deseable.
- Reforzados por los que se pueden cambiar las fichas obtenidas.
- Indicaciones claras sobre las reglas del programa, específicamente cómo se entregarán las fichas y cuándo se canjearán por reforzados (Ruiz et al., 2017).

Invito a revisar el siguiente REA denominado: [Programa de economía de fichas en el hogar](#), en el cual podrá evidenciar el uso de la técnica de economía de fichas en un niño con la finalidad de modificar ciertos comportamientos disruptivos dentro del contexto escolar y familiar.



Contrato de contingencias

Un contrato de contingencias, también denominado contrato conductual, es un acuerdo entre personas involucradas dentro de un proceso, por lo general es de forma escrita donde se detalla las conductas deseables y no deseables, y las consecuencias que les precede ante el no cumplimiento, todo aquello se plasma en un documento y es firmado por las personas involucradas en la adquisición del compromiso, es una estrategia para conseguir el cambio de conducta y la implicación de la persona (Ruiz et al., 2017).

La técnica ha mostrado gran eficacia, especialmente en terapia de pareja y en la regulación conductual tanto de niños como adolescentes. Dentro de los requisitos básicos para la elección de la técnica son los siguientes: presencia de una o varias conductas a modificar, existencia de, al menos, dos partes implicadas y que las partes implicadas participen voluntariamente en la adecuación del cambio conductual (Baile, 2017).

El contrato conductual debe detallar específicamente ciertos aspectos: a) la respuesta que se espera que realice cada una de las personas implicadas, b) las consecuencias a obtener por la realización de las conductas y, c) las consecuencias en caso de no efectuarlas (Olivarez et al., 2014).

A continuación, invito a revisar el siguiente REA denominado: [Implantación de un contrato conductual en estudiantes universitarios: una experiencia en la asignatura 'Estructura y función del cuerpo humano'](#), posterior a la revisión podrá identificar la función del contrato conductual para la modificación de las conductas en un grupo específico de estudiantes como una herramienta útil para mejorar el rendimiento académico.

5.1.2.4. Técnicas para disminuir conductas

A continuación, le invito a revisar algunas técnicas para disminuir conductas:



Técnicas para disminuir conductas

Extinción

La técnica de extinción consiste principalmente en dejar de reforzar la conducta que se desea disminuir (Rodríguez, 2019), es decir, el objetivo es la eliminación total de todo reforzamiento de una conducta que se quiere suprimir y que previamente estaba reforzada. Este mecanismo implica el debilitamiento de una respuesta por eliminación de los refuerzos o señales que la mantienen (Ruiz et al., 2017).

Castigo

Esta técnica consiste en la imposición de un estímulo contingente a una respuesta de forma que produce una disminución de una conducta en su duración, frecuencia e intensidad. La mera introducción de un estímulo aversivo o la simple retirada del estímulo positivo no se considera castigo a no ser que lleve aparejado la reducción efectiva de la conducta (Olivarez et al., 2014).

Es importante tomar en cuenta que el castigo solamente sirve para la supresión de respuestas inadecuadas, pero no para la enseñanza de otras respuestas deseables, por ende, no se debe ejecutar sin reforzar las respuestas agradables (Olivarez et al., 2014).

Castigo positivo: se entiende por castigo positivo a la disminución de la frecuencia futura de una conducta cuando se ha presentado un estímulo aversivo. Es decir, consiste en la asociación de un estímulo aversivo a una conducta inadecuada. Con esta estrategia se obtiene con mayor rapidez la reducción o supresión deseada. Por ejemplo, una adolescente ha suspendido varias asignaturas y tendrá que realizar refuerzo todas las vacaciones (Baile, 2017).



Castigo negativo: el castigo negativo, en cambio, consiste en la retirada de un refuerzo ya presente, es decir, retirar los reforzadores positivos de forma contingente a una respuesta inadecuada. Por ejemplo, el niño no ha finalizado las tareas, por lo tanto, ese día no jugará videojuegos. Las dos formas de castigo negativo más empleadas son el tiempo fuera y el coste de respuesta.

Las técnicas de coste de respuesta consisten en la retirada o disminución de reforzadores positivos de la conducta establecida, mientras que el tiempo fuera se caracteriza por eliminar la posibilidad de obtener reforzadores, aislándolo del entorno donde los obtiene, por ejemplo, vete a tu habitación hasta que se te pase el enojo (Baile, 2017). Hay diferentes tipos de tiempo fuera: tiempo fuera de aislamiento, tiempo fuera de exclusión y tiempo fuera de no exclusión.

Estimado(a) estudiante, invito a revisar el siguiente REA denominado: [Intervención conductual en un caso infantil de problemas de alimentación](#), posterior a la revisión conocerá diferentes técnicas que fueron utilizadas para mejorar los problemas de alimentación de un niño, entre ellas se evidencia técnicas para disminuir de conductas como la extinción y el coste de respuesta, y técnicas para aumentar conductas como el reforzamiento positivo, moldeamiento y modelado.

Reforzamiento de conductas alternativas

Esta técnica consiste en proporcionar un refuerzo alternativo a las conductas que se pretende disminuir.

Sensibilización encubierta

Es un procedimiento psicoterapéutico que se basa en el uso de la imaginación y tiene como finalidad desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo que, precedentemente, era una fuente de atracción. Su aplicación consiste en que el paciente se imagine conductas concretas que le producen consecuencias determinadas, permitiendo de esta forma que la persona se imagine a sí mismo ejecutando la conducta cuya frecuencia pretende



disminuir, pasando a imaginar, de forma contingente y brusca, algún suceso aversivo que esta conducta podría producir o un evento que, aun siendo poco posible, resulte muy aversivo para el individuo (Ruiz et al., 2017).

Práctica masiva (saciación)

La técnica consiste en disminuir o suprimir una conducta mediante la intervención en los reforzadores que posiblemente estén manteniendo la conducta. Se lleva a cabo por medio de la presentación repetida del refuerzo con la finalidad de dejar que sean reforzantes, provocando un saciamiento del estímulo reforzador. Es decir, el sujeto debe repetir la conducta varias veces con el objetivo de extinguirla hasta saciarse y eliminarla (Baile, 2017).

A continuación, invito a revisar el siguiente REA denominado: [Técnicas de terapia de conducta](#), en dicho documento encontrarán diferentes técnicas conductuales y cada una de ellas ejemplificada mediante un caso con su respectivo desarrollo de las técnicas.

5.1.3. Programas

Estimado(a) estudiante, es importante que realice una lectura comprensiva sobre los diversos programas dentro de la terapia conductual, ya que dichos programas van enfocados específicamente a objetivos concretos que combinan diferentes técnicas de los principios de aprendizajes detallados anteriormente, uno de los programas con mayor acogida es el entrenamiento de habilidades sociales que a continuación se detallará.

Entrenamiento en habilidades sociales

Es un tratamiento cognitivo conductual que tiene la finalidad de mejorar las relaciones interpersonales y de comunicación, ya que un déficit en dichas habilidades asociadas a variedad de problemas de adaptación y emocionales,



varios estudios han demostrado la relación con problemas de aislamiento social, delincuencia infantil y adolescente, y el fracaso escolar (Ruiz et al., 2017).

Los tipos de habilidades sociales, según (Olivarez et al., 2014), se clasifican en: habilidades asertivas, habilidades de comunicación, habilidades afectivas, habilidades cognoscitivas y solución de problemas interpersonales.

Algunas habilidades sociales que se enseñan en el proceso terapéutico son las siguientes

- Iniciar una conversación y/o relaciones sociales.
- Hacer ruegos, peticiones...
- Asertividad.
- Saber decir “no”.
- Dar opiniones personales.
- Manifestar rechazo a opiniones o comportamiento de los demás.
- Saber recibir críticas y comentarios negativos.
- Finalizar conversaciones y/o relaciones sociales.
- Hacer cumplidos y comentarios positivos (Baile, 2017).

El proceso del entrenamiento de habilidades sociales está compuesto por diversas técnicas cognitivas conductuales, dicho proceso implica entrenamiento en habilidades de interacción social, reducción de la ansiedad, entrenamiento en habilidades emocionales, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas (Baile, 2017).

Para ello, posteriormente al establecimiento de los objetivos terapéuticos, se inicia la aplicación mediante las siguientes fases:

1. **Fase educativa:** se explica detalladamente el comportamiento interpersonal y los diferentes aspectos que pueden provocar un déficit, en las primeras fases se modifican las diferentes creencias erróneas del cliente, también se razona las ventajas de utilizar las habilidades sociales y las dificultades de presentar una posición inhibida o agresiva.



2. **Fase de entrenamiento en el contexto terapéutico:** se lleva a cabo el entrenamiento de dichas habilidades en determinadas situaciones. Los componentes básicos son instrucciones, ensayo conducta, modelado, reforzamiento y retroalimentación, mediante estos componentes el individuo aprende y aplica estrategias de reducción de ansiedad, reestructuración cognitiva y afrontamiento y resolución de problemas.
3. **Fase de práctica en entornos naturales:** durante el entrenamiento en las sesiones los terapeutas proponen tareas en casa para la realización en contextos naturales, con la finalidad de contribuir en el mantenimiento de las habilidades aprendidas en la terapia (Olivarez et al., 2014).

Invito a revisar el siguiente REA denominado: [Entrenamiento en habilidades sociales; más allá de un diagnóstico confirmado de Asperger](#), posterior a la revisión comprenderá el respectivo abordaje con respecto a las habilidades sociales, tomando en cuenta las fases que fueron descritas en la temática (fase educativa, entrenamiento en el contexto terapéutico y práctica en entornos naturales).

5.1.4. Proceso terapéutico

Para entender la problemática, es importante una adecuada evaluación para el planteamiento del tratamiento y posteriormente medir los cambios conseguidos. Una de las herramientas que utiliza el modelo cognitivo conductual es el análisis funcional, que tiene como finalidad realizar un análisis individualizado de las conductas específicas del individuo donde se establecen las variables de la conducta problema, en fin, este análisis es un conjunto de métodos que organiza toda la información recogida del paciente en hipótesis sobre los antecedentes, conducta problema y consecuencias (Ruiz et al., 2017).



Para elaborar el análisis funcional, debe considerar los siguientes pasos:

1. Definición de la conducta problema y el contexto. El análisis funcional debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:
 - Definir la conducta objeto. ¿Qué ocurre?
 - Identificar antecedentes. ¿Qué pasó antes?
 - Identificar variables orgánicas. Factores fisiológicos, historia de aprendizaje o temperamento.
 - Consecuencias. Ventajas o desventajas de la conducta.
2. Establecer la línea base de las conductas mediante cuestionarios y autorregistros.
3. Establecimiento de objetivos.
4. Diseño de plan terapéutico.
5. Evaluación de resultados.

Para profundizar en la elaboración del análisis funcional, le invito a revisar el siguiente módulo didáctico.

[Elaboración del Análisis funcional](#)

A continuación, revisar el siguiente REA titulado: [Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos](#), a manera de ejemplo con respecto al análisis funcional, al finalizar la revisión podrá comprender la importancia del análisis funcional dentro del proceso terapéutico, ya que nos ayuda a organizar y comunicar al paciente las posibles hipótesis que están relacionadas con las causas de la problemática y también facilita la toma de decisiones a la hora de identificar el tratamiento efectivo y eficaz para la problemática.

Estimado estudiante, para finalizar la semana 10, invito a leer el **texto denominado:** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), para profundizar en la temática.



Posteriormente, realizar las siguientes actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión con respecto a la terapia conductual y el proceso terapéutico.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Análisis funcional

Procedimiento

Estimado estudiante, para realizar la primera actividad debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del caso de Abel.

«Abel es un abogado de 42 años que asiste a consulta porque tiene dificultades con su jefe en el despacho. Tras diversas estrategias evaluativas el terapeuta comprueba que en el caso de Abel se dan circunstancias como las siguientes: por una parte, Abel tuvo unas experiencias pasadas de indefensión en situaciones sociales que le generan pocas expectativas de que sabrá resolver las situaciones futuras. Acude cada día con ansiedad al trabajo e interpreta cualquier estímulo del despacho (por ejemplo, una nota que le deja el jefe en la mesa) como un reto o provocación. Cuando tiene que hablar con el jefe, previamente ya tiene una reacción psicofisiológica de ansiedad anticipatoria, lo que facilita que la conversación se convierta en discusión. Las sensaciones de culpabilidad y de malestar, que ocurren tras las discusiones, hacen que esté más ansioso en la oficina y todavía más susceptible de reaccionar con ansiedad ante cualquier estímulo.»

- Posterior a la lectura, realizar el análisis funcional correspondiente, tomando en cuenta cada uno de los apartados (antecedentes,



organismo, conductas y consecuencias), puede utilizar la siguiente tabla.

Tabla para completar

Antecedentes	Organismo	Conductas	Consecuencias

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

¡Éxitos!

Actividad 2. Análisis de caso. Terapia conductual

Procedimiento

Estimado estudiante, para realizar la actividad 2, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del **texto denominado** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente los contenidos correspondientes a la semana.
- Lectura del caso denominado: [Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo](#).
- Posterior a la lectura, identificar y analizar las técnicas que se emplearon en el caso.

¡Éxitos!

Finalizada la segunda actividad, podrá identificar las diferentes técnicas de la terapia conductual en el caso presente con su respectiva finalidad para que, de esta forma, el paciente mejore su calidad de vida.





Semana 11

Unidad 5. Modelo cognitivo conductual

Estimado estudiante, en esta semana continuaremos con el abordaje del modelo cognitivo conductual, como es de su conocimiento, las dos semanas anteriores revisamos la terapia conductual, por lo tanto, en esta semana. nos enfocaremos exclusivamente en la terapia cognitiva y sus técnicas. Los contenidos de la Unidad 5. Modelo cognitivo conductual, estarán disponibles en el **texto denominado** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).

5.2. Terapia racional emotiva conductual

5.2.1. Visión de la persona: principios básicos

Albert Ellis, creador de la terapia racional emotiva conductual y pionero de la terapia cognitiva, destacó el papel crucial de las creencias en los problemas emocionales, defendiendo que el cambio de creencias irracionales podría promover cambios emocionales y conductuales. Esta terapia considera a la persona como un organismo complejo y biopsicosocial, con una tendencia a establecer metas y esforzarse por alcanzarlas, por lo que se enmarca dentro de un modelo estructurado para resolver problemas emocionales.

El terapeuta adopta una postura activa y directiva en la solución de estos problemas, fomentando que los cambios no ocurran solo en las sesiones, sino en la vida cotidiana del individuo. En este contexto, el terapeuta anima a los pacientes a realizar tareas terapéuticas individuales y a poner en práctica lo aprendido fuera del ámbito terapéutico (Caro, 2009).

Existen diversidad de conceptos alrededor del modelo cognitivo, a continuación, se detallarán los más destacados:



Pensamiento racional e irracional

Para Ellis lo racional es aquello que facilita al individuo lograr las metas y propósitos, es decir, lo verdadero, pragmático, lógico, basado en la realidad. En otras palabras, un argumento racional es cuando se apoya en evidencia empírica y no en fantasías, cuando es coherente y lógico con sus premisas básicas y ocasiona buenos resultados que ayudan a la persona a alcanzar sus metas e intereses. (Caro, 2009; Lega, Sorribes, y Calvo, 2011).

Mientras que lo irracional es considerado como lo falso, ilógico, que no esté basado en la realidad y dificulte o impida que una persona logre sus metas y propósitos, más bien interfiere con nuestra supervivencia y felicidad, es decir que los argumentos no se basan en la realidad son supersticiosos y mágicos, ilógicos e incoherentes. Ser irracional conlleva ser inflexibles, cerrados, rígidos y presentan juicios o condena a los individuos con diferentes puntos de vista. (Caro, 2009; Lega, Sorribes, y Calvo, 2011).

En la siguiente tabla podrán observar algunas características diferenciadoras de las creencias racionales e irracionales.

Tabla 5
Características

Racional	Irracional
Internamente congruente	Internamente incongruente
Empíricamente verificables	Empíricamente falsos
Contenido relativo y condicional	Contenidos absolutistas
Produce emociones sanas	Producen emociones insanas
Conduce a conductas constructivas	Conducen a conductas destructivas

Nota. Adaptado de Terapia Racional Emotiva Conductual una versión teórica práctica actualizada (p. 88) por Lega, et al., 2011, PAIDÓS.



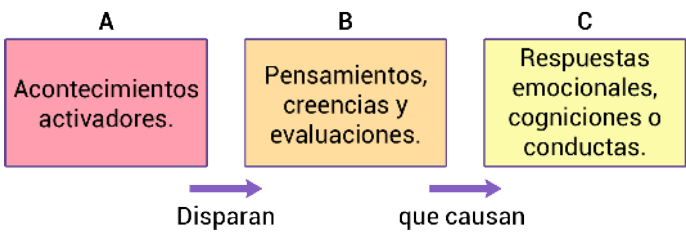
Otras características que nos menciona Lega, Sorribes, y Calvo (2011), enfatizan que las creencias irracionales tienen forma de frustración, baja tolerancia, condenación y tremendismo, que se encuentran relacionadas con inferencias que provienen de las exigencias sobre uno mismo, los demás y la vida, por otro lado, las racionales tienen forma de tolerancia a la frustración, relativismo y aceptación que se enfocan de inferencias originadas de una actitud preferencial sobre uno mismo, los demás y la vida.

El concepto de ABC

El ABC es uno de los conceptos básicos del modelo de Ellis que está relacionado con los pensamientos racionales e irracionales y con términos que se detallarán en el apartado siguiente.

Cuando las personas intentan cumplir sus metas o propósitos, en el proceso se van a encontrar acontecimientos activadores (A) que permiten o dificultan la consecución dependiendo de la valoración que realicen, por tal motivo Ellis propone el modelo ABC: “A” son los acontecimientos activadores, “B” pensamientos, creencias y evaluaciones, y “C” las respuestas emocionales, cognitivas o conductuales. En la figura 11 se grafica la presentación básica del ABC (Ruiz et al., 2017).

Figura 10
Esquema ABC.



Nota. Adaptado de *Manual teórico práctico de psicoterapia cognitiva* (2a. ed)(p. 96), por Caro, 2009, Editorial Desclee.

Para profundizar en la temática, revisar el siguiente REA denominado: [ABC de la terapia cognitiva](#), posterior a la revisión comprenderá claramente el modelo ABC y la conexión de cada uno de ellos, también podrá identificar diferentes constructos dentro de la terapia cognitiva: esquemas, creencias, pensamientos automáticos y también ampliará conocimientos con respecto a las distorsiones cognitivas, tema que se verá en el siguiente apartado.

En consecuencia, este modelo ABC propuesto por Ellis establece: que las situaciones o acontecimientos activadores (A) por sí solas no producen consecuencias cognitivas, conductuales o emocionales (C); las mismas dependerá de cómo el individuo las interprete o perciba (B) al acontecimiento. (Ruiz et al., 2017).

Dentro del proceso terapéutico concibe la importancia de las creencias racionales e irracionales, sin embargo, la terapia racional emotiva conductual recalca constantemente la relación entre A, B y C. A manera de ejemplo, podemos mencionar que un acontecimiento actividad como una enfermedad (A), puede ocasionar directamente consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales (B) y, a la vez, generar una serie de creencias. (C) (Ruiz et al., 2017).



En síntesis, los individuos no pueden tener experiencias (A) sin hacer interpretaciones, valoraciones o inferencias sobre las mismas (B), siempre presentarán algún tiempo de efecto. No obstante, difícilmente se puede interpretar, valorar o percibir (B) y se actúa se piensa o se siente (C) si no hay la presencia de un acontecimiento activador. (Ruiz et al., 2017).

Las metas de la terapia con relación al modelo ABC se relacionan con dos conceptos básicos, en principio, el paciente debe reconocer lo irracional y las consecuencias de aquello y, en segundo lugar, el paciente debe pretender cambiar aquello irracional y convertirlo en racional (Caro, 2009).



Distorsiones cognitivas

Ellis (1975), al igual que otros teóricos cognitivos, establece que existen varios supuestos ilógicos o distorsiones cognitivas, para este autor, dichos aspectos giran principalmente en la tiranía de los “debo” y los “debería” que los individuos asumen. La finalidad es que los pacientes se expongan a cada una de las distorsiones cognitivas, ya que, por lo contrario, la problemática se mantiene y existe alta probabilidad de desarrollar nuevas ideas irracionales (Caro, 2009). En la siguiente tabla se expondrán algunas distorsiones cognitivas relacionadas con este modelo.



Tabla 6
Distorsiones cognitivas según el modelo de Ellis.

Tipo	Ejemplo
Pensamiento todo o nada	“Si fracaso en el colegio, como no debo hacerlo, soy un fracaso total y nadie me va a querer”.
Saltar a conclusiones y non sequitur	“Ya que me han visto fallar, y bajo ningún concepto debí hacerlo, me verán como un gusano incompetente”.
Adivinar el porvenir	“Se burlan de mí por haber fracasado, pues saben que debía haber tenido un éxito total, por lo que me despreciarán para siempre”.
Descalificar lo positivo	“Cuando me felicitan por algo bueno, solo están siendo amables, olvidando las cosas locas que no debería haber hecho, de ninguna manera”.
Totalidad y nunca	“Ya que las condiciones de vida deben ser buenas y en la actualidad son tan malas e intolerables, siempre van a ser así, y nunca seré feliz”.
Etiquetado y sobregeneralización	“Ya que no debo fracasar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un fracaso total”.
Perfeccionismo	“Me doy cuenta de que lo he hecho bastante bien, pero debería haberlo hecho totalmente perfecto en una tarea como esta, y, por lo tanto, soy un competente total”.

Nota. Adaptado de *Manual teórico práctico de psicoterapia cognitiva* (2a. ed) (pp. 103-104), por Caro, 2009, Editorial Desclée.

Ahora, continuemos con su aprendizaje participando en la siguiente actividad recomendada:



Actividad de aprendizaje recomendada

Actividad 1



Elabore un cuadro sinóptico de la terapia racional emotiva conductual.

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente la terapia racional emotiva conductual.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un cuadro sinóptico con las ideas destacadas anteriormente.

¡Éxitos!

Finalizada la primera actividad, conocerá los principios básicos de la terapia racional emotiva conductual, enfocándose en el modelo ABC, que es de gran ayuda para la identificación de diferentes creencias irracionales que se pueden trabajar dentro del proceso terapéutico.



Resultado de aprendizaje 3:

Utiliza técnicas de intervención para desarrollar capacidades de afrontamiento a través del fortalecimiento y desarrollo de capacidades y potencialidades de los destinatarios, considerando los factores de protección y vulnerabilidad que configuran su condición personal.

El estudiante aplica de manera efectiva técnicas de intervención psicoterapéutica orientadas al desarrollo de capacidades de afrontamiento en los destinatarios. Para ello, identifica y potencia sus recursos personales, considerando tanto los factores de protección como los de vulnerabilidad que inciden en su bienestar. A través de un enfoque integral y basado en evidencia, el estudiante promueve procesos de fortalecimiento emocional y resiliencia, facilitando el desarrollo de habilidades que les permitan afrontar de manera saludable los desafíos de su vida cotidiana.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 12

Unidad 5. Modelo cognitivo conductual

5.2. Terapia racional emotiva conductual

Estimado(a) estudiante, en esta semana continuaremos con el abordaje del modelo cognitivo conductual, como es de su conocimiento la semana anterior revisamos la terapia racional emotiva conductual específicamente los aspectos básicos, por lo tanto, en esta semana continuaremos con el abordaje de este dentro del tratamiento, para ello le invito a revisar los contenidos en el **texto denominado [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).**



5.2.2. Tratamiento

El terapeuta debe mostrar una postura activo-directiva para ayudar a las personas a corregir las creencias irracionales, por otro lado, la relación terapéutica se basa en la empatía, toma en consideración postulaciones rogerianas de ser genuino y presentar una aceptación incondicional a sus pacientes (Rodríguez, 2019).

Le invitamos a profundizar sus conocimientos sobre tratamiento y técnicas:

Tratamiento técnicas

- **Discusión y debate de creencias**

Las técnicas de discusión son las más utilizadas dentro de dicha terapia, emplea tres tipos de argumentos para debatir las ideas irracionales: argumentos empíricos que alientan al paciente a la búsqueda de evidencias que confirmen las creencias irracionales, por otro lado, los argumentos lógicos que se enfatiza el análisis de la lógica de las creencias irracionales y, por último, los argumentos pragmáticos que permiten a los clientes cuestionarse en la utilidad de sus creencias irracionales (Ruiz et al., 2017).

Durante el desarrollo del debate y discusión de creencias irracionales, el terapeuta puede utilizar diferentes estilos como el socrático, metafórico, humorístico y teatral.

- **Entrenamiento en autoinstrucciones**

Esta técnica es de gran utilidad para aquellas personas que tienen alguna dificultad intelectual o les resulta complicado manifestar sus creencias irracionales por medio de estilos socráticos y mediante la discusión. En estos casos, durante el desarrollo de las sesiones se les da una serie de autoinstrucciones que el paciente deberá aprender y utilizarlas ante diversos acontecimientos (Ruiz et al., 2017).

- **Distracción cognitiva e imaginación**



El terapeuta, en el desarrollo de las sesiones, entrena en la utilización de los distintos procedimientos de distracción cognitiva para la utilización y la práctica en las tareas en casa, entre los procedimientos que se destacan son la relajación progresiva de Jacobson y las diferentes estrategias de distracción por medio de la imaginación (Ruiz et al., 2017).

▪ **Técnicas conductuales**

Dentro de las técnicas más utilizadas se enfatizan el ensayo de conducta y la inversión del rol racional, primero, el paciente va señalando las diferentes situaciones en las que se siente emocionalmente perturbado y conjuntamente con el terapeuta van analizando y debatiendo las ideas irracionales frente a las situaciones y ensayando creencias irracionales adecuadas (Ruiz et al., 2017).

Mientras que en la inversión del rol racional, el terapeuta es quien adopta el rol del paciente y verbaliza las ideas irracionales subyacentes, por otro lado, el paciente adopta el puesto del terapeuta y discutirá y debatirá las creencias que se presentan ayudándole a generar otras creencias nuevas y adaptativas, esta técnica se realiza cuando el paciente ha adquirido la habilidad para debatir creencias irracionales (Ruiz et al., 2017).

Otras técnicas conductuales utilizadas en la terapia son el refuerzo y castigo, entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en soluciones de problemas del proceso.

▪ **Técnicas emotivas**

Entre las técnicas más destacadas son la imaginación racional emotiva y los procedimientos humorísticos, permiten que las sesiones estén generalmente cargadas del proceso de emoción. La imaginación racional emotiva consiste en que el terapeuta debe pedir al cliente que intente cambiar una emoción negativa muy perturbadora por otra más moderada o apropiada por medio de una situación imaginada (Ruiz et al., 2017).



En las técnicas humorísticas, usualmente se utiliza una serie de lemas, historias, chistes, poemas, parábolas y aforismos, estas técnicas son de gran ayuda dentro del proceso debido a las perturbaciones emocionales con exceso de dramatismo o seriedad (Ruiz et al., 2017).

Técnicas que se utilizan en tareas para casa

Un elemento primordial es el trabajo que se realiza fuera de las sesiones terapéuticas. Las tareas, por lo general, se realizan incluyendo todas las actividades (cognitivas, conductuales y emotivas) vistas en las sesiones.

• Técnicas cognitivas

- *Autorregistros*: se los realiza de forma continua para detectar entre sesiones las relaciones entre los ABC y, de la misma manera, la refutación de creencias y el auto-debate. En la identificación del ABC se utilizan autorregistros donde el terapeuta le pide al paciente que en todo el día recoja acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias (C). Ejemplo de formato:

Tabla 7
Ejemplos de activadores

Fecha	Acontecimiento activador A	Creencias irracionales B	Consecuencia emocional y/o conductual C
01/05/2020	Se me cae el plato de comida en el piso de la cocina.	¡Qué horror!, todos se están riendo de mí y me están mirando.	Ansiedad, enojo, sensación de ridículo.

Nota. Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (p. 159-160) por Ruiz, M., et al., 2017, Desclée de Brouwer.

- *Proselitismo racional*: el cliente debe intentar enseñar a los amigos o personas cercanas los fundamentos teóricos de la terapia y cómo puede

realizar el proceso de cambio de las creencias irracionales (Ruiz et al., 2017).

- *Debatir grabaciones*: se le entrega al cliente grabaciones de sesiones anteriores y que escuche el debate de las creencias, luego se pide que reproduzca el debate que oyó hasta que llegue a formular nuevas creencias racionales (Ruiz et al., 2017).
- *Autoinstrucciones racionales*: con el trabajo en las sesiones, con respecto a las autoinstrucciones, se pide que repita en casa continuamente para que cada vez los interioriza (Ruiz et al., 2017).
- *Biblioterapia*: por lo general, en la terapia se utilizan lecturas sobre su filosofía, aspectos básicos y aplicación en determinados problemas que posteriormente en la terapia se comentan (Ruiz et al., 2017).

▪ **Técnicas conductuales**

- *Tarea de toma de riesgos*: consiste en pedir al paciente que realice una actividad o tarea que suponga riesgo de fracaso o alguna perturbación emocional y trate de cambiar las creencias irracionales ante estas situaciones.
- *Inundación in vivo*: exponer a la persona a una situación que causa altos niveles de malestar emocional y que permanezca hasta que reduzca la ansiedad por medio del debate racional.
- *Ejercicios de metas fuera de lo corriente*: se pide al paciente que establezca metas que involucren conductas de baja frecuencia o de alta frecuencia que desea reducir.
- *Autorrefuerzo y autocastigo*: se pide que utilice los refuerzos y castigos fijados en las sesiones terapéuticas.

▪ **Técnicas emotivas**

- *Ejercicios de ataque de vergüenza*: van encaminados a facilitar al paciente la posibilidad de realizar un debate sobre las creencias irracionales que van acompañados con actos que los considera como vergonzosos.



- *Uso del sentido del humor*: se pide al paciente que utilice el sentido del humor fuera de las sesiones terapéuticas.

Estimado/a estudiante, invito a revisar el siguiente REA denominado: [Estrategias de intervención cognitiva conductual en un caso de depresión persistente](#), donde podrá visualizar las diferentes técnicas de intervención que se utilizan en un caso en específico y de esta manera poder comprender la elección de las mismas para el desarrollo de un proceso terapéutico adecuado.

Ahora, continuemos con su aprendizaje participando en la siguiente actividad recomendada:



Actividad de aprendizaje recomendada

Actividad 1. Estudio de caso

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del texto Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas específicamente, la terapia racional emotiva conductual.
- Lectura comprensiva del siguiente caso: [Reeducación cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes](#).
- En el caso, identificas las técnicas utilizadas dentro del modelo cognitivo.

¡Éxitos!

Finalizada la actividad, identificará las técnicas que se utilizan dentro de la terapia racional emotiva conductual en un caso de ansiedad ante los exámenes, también conocerá cómo se desarrolló el esquema ABC en el caso específico que sirvió de ayuda para el desarrollo del caso.



Resultado de aprendizaje 2:

Formula planes de intervención psicoterapéutica en función de las necesidades y demandas de los destinatarios.

El estudiante adquiere las competencias necesarias para diseñar planes de intervención psicoterapéutica basados en un análisis riguroso de las necesidades y demandas de los destinatarios. A partir de la integración de enfoques teóricos y metodológicos, desarrolla estrategias adaptadas a cada contexto, considerando factores individuales, sociales y culturales. Esto le permite estructurar intervenciones efectivas, con objetivos claros y fundamentados, que contribuyan al bienestar y desarrollo de las personas atendidas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 13

Unidad 5. Modelo cognitivo conductual

Estimado(a) estudiante, en esta semana continuaremos con el abordaje del modelo cognitivo conductual, como es de su conocimiento, la semana anterior revisamos la terapia racional emotiva conductual enfocada en el modelo cognitivo, por lo tanto, en esta semana continuaremos con otra de las terapias igualmente del enfoque mencionado para ello invito revisar los contenidos en el **texto denominado** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).



5.3. Terapia cognitiva

5.3.1. Visión de la persona: principios básicos

La terapia cognitiva de Beck es uno de los modelos principales y más estudiados en la actualidad, en principio se desarrolló para tratamientos de trastornos depresivos y posteriormente fue ampliando su rango de aplicación a problemas de ansiedad, fobias y, recientemente, se aplica en los trastornos de personalidad (Caro, 2009).

Beck define a la terapia cognitiva como el trabajo en las operaciones centrales de las imágenes o cogniciones del sujeto y en los supuestos, premisas y actitudes que subyacen a estas cogniciones. El terapeuta cognitivo se centra en la reestructuración de pensamiento, en la interacción, la directividad y la colaboración (Caro, 2009).

La meta principal de la terapia cognitiva es desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para que la persona lleve a cabo una calidad de vida adecuada, el aspecto fundamental es que el paciente aprenda a hacerlo de manera autónoma, es decir, por él mismo, para ello es indispensable que el paciente tome conciencia de sus procesos desadaptativos de pensamientos, sentimientos y las consecuencias de la conducta (Caro, 2009).

La terapia cognitiva sostiene que, ante un estímulo, la persona no responde de manera automática, sino que antes de emitir una respuesta conductual o emocional, percibe, interpreta y asigna un significado al estímulo según sus esquemas cognitivos previos. Estos esquemas son creencias nucleares que moldean la visión que el individuo tiene de sí mismo y de su relación con los demás, y se clasifican según sus funciones: los esquemas cognitivos están relacionados con la abstracción, el recuerdo y la interpretación; los esquemas afectivos se encargan de generalizar los sentimientos; los esquemas motivacionales están vinculados a los deseos; los esquemas instrumentales preparan la acción, y los esquemas de control regulan la inhibición de acciones y la autoobservación.



Los pensamientos negativos, que son producto de estos esquemas, a menudo se manifiestan como imágenes o autoverbalizaciones, como en el caso de una persona con ansiedad que, al cometer un error en el trabajo, inmediatamente genera pensamientos automáticos como "he vuelto a hacerlo mal" o "mis compañeros pensarán que soy un tonto" (Ruiz et al., 2017).

Las distorsiones cognitivas se caracterizan por ser errores sistemáticos en el pensamiento del cliente, que mantienen conexiones a pesar de que exista evidencia clara en su contra, es decir, son distorsiones de la realidad que se realizan de manera sistemática y tienen como consecuencia un error hacia uno mismo. Existe gran diversidad de distorsiones cognitivas, a continuación se describirán las más utilizadas e importantes (Ruiz et al., 2017):

- **Inferencia arbitraria:** refiere a la extracción de una conclusión en ausencia de evidencia. Por ejemplo, cuando un paciente sin evidencias menciona "nadie me quiere".
- **Abstracción selectiva:** se caracteriza por un detalle extraído de una situación, dejando de lado aspectos más destacados, por ejemplo, cuando el cliente ve a una persona y no le saluda, piensa "no me aprecia", sin darse cuenta de que la otra persona está deprimida y no lo ha mirado.
- **Sobregeneralización:** refiere a la extracción de una conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplica dicho concepto a diferentes situaciones, relacionadas o no. Por ejemplo, cuando una persona tiene una pelea con varias personas y piensa "nadie me va a querer, ni puedo gustar a nadie".
- **Magnificación y minimización:** hace referencia a errores en la valorización de la realidad y presenta sesgos al evaluar el significado o la magnitud del hecho, por ejemplo, una persona asume que es terrible haber discutido con varias personas (magnificación), y no le da importancia a llevarse bien con las otras personas (minimizar).
- **Personalización:** asumir causas personales en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no existe evidencia que lo ratifique, por ejemplo, pensar que él tiene la culpa por todas las discusiones sucedidas.



- **Pensamiento absolutista dicotómico:** sitúa las experiencias en una o dos categorías opuestas, por ejemplo, pensar “me quiere todo el mundo”, o “soy un total fracaso”.

5.3.2. Terapeuta

La terapia cognitiva es un proceso estructurado, de tiempo limitado, que utiliza el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis como una de las estrategias de intervención, permite al paciente aprender a identificar y contrastar los pensamientos disfuncionales presentes (Ruiz et al., 2017).

El terapeuta muestra una postura colaborativa frente al paciente para que consiga la modificación de los patrones cognitivos disfuncionales y, de la misma manera, ayuda a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones que se presentan en el contexto. La terapia cognitiva pretende el cumplimiento de dos objetivos principales, a corto y a largo plazo. A corto plazo pretende que el paciente elimine los síntomas y las creencias disfuncionales que presenta, mientras que a largo plazo pretende que el paciente cuente con las habilidades necesarias que permitan corregir las distorsiones cognitivas (Ruiz et al., 2017).

5.3.3. Tratamiento

Técnicas

▪ Técnicas conductuales

Estas terapias permiten a los pacientes iniciar acciones que son de gran ayuda para la reducción de pensamientos obsesivos, obtener sentimientos de bienestar y modificar actitudes poco adecuadas (Ruiz et al., 2017).

- *Programación de actividades:* durante el desarrollo de la sesión, conjuntamente el terapeuta y el paciente, programan una serie de actividades diarias que realizará, para ello se utiliza una jerarquía de tareas según la dificultad percibida. En cada una de las actividades, se le pide al paciente que las evalúe con una escala de 0 a 5, dependiendo del



grado de dominio y, de la misma forma, el agrado que ha experimentado durante la ejecución, se puede basar en la siguiente estructura:

Tabla 8

Estructura de una hoja de tareas para la programación de actividades

Hora	Hora	Hora	Hora
Día			
Día			
Día			

Nota. Valle, V., 2024.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

- **Role-playing:** esta técnica pone esencial atención a los pensamientos automáticos, llevándose a cabo ensayo de conducta o modelado por parte del terapeuta.
 - **Técnicas de afrontamiento:** la técnica de control de estímulos, relajación, exposición gradual, control de respiración y el entrenamiento asertivo son técnicas que se pueden utilizar según el objetivo de tratamiento con la finalidad de modificar los pensamientos disfuncionales.
- **Técnicas emotivas**
- **Inducción de autocompasión:** se utiliza explícitamente con personas que no pueden llorar o necesitan hacerlo. Para llevarlo a cabo se pueden considerar dos formas: 1) se pide al paciente que detalle los sentimientos negativos y 2) descripción por parte del terapeuta de historias de otras personas con problemas similares.



- **Inducción de cólera controlada:** se señala aspectos de diferentes situaciones que provocan cierto enfado con personas, con la vida o situaciones.
- **Distracción externa:** ver la televisión, leer un libro, dibujar, llamar por teléfono son diversas distracciones que sirven para aliviar sentimientos de ansiedad o angustia y tristeza.

▪ Técnicas cognitivas

Los autorregistros y el descubrimiento guiado son dos procedimientos principales para la detección y el cuestionamiento de creencias y distorsiones cognitivas.

- **Autorregistros:** en la fase inicial se utilizan específicamente para recolectar información sobre el estado emocional del paciente durante el día y frente a diversas situaciones, y durante el tratamiento se utilizan para seguir con las cuestiones cognitivas que surgen de los acontecimientos activadores. El más utilizado es el registro diario de pensamientos distorsionados.



Tabla 9

Ejemplo de registro diario de pensamientos distorsionados.

Fecha y hora	Situación	Emociones	Pensamientos automáticos	Respuestas racionales	Resultados
Martes a las 10:00	Estoy caminando por la calle y veo un perro, y se pone a ladrar.	Ansiedad (75%)	El perro ladra porque está enojado y quiere morderme.	Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%).	Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%). Grado de ansiedad (20%).

Nota. Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (p. 348) por Ruiz, M., et al., 2017, Desclée de Brouwer.

- **Descubrimiento guiado:** son procesos de ayuda para que el paciente alcance nuevas perspectivas con respecto a las creencias disfuncionales por medio del cuestionamiento socrático donde el terapeuta va guiando con preguntas abiertas hasta donde el paciente desee llegar.

Algunas preguntas utilizadas en esta técnica (Ruiz et al., 2017):

- ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?
- ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?
- ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

▪ **Técnicas cognitivas específicas**

- **Técnicas de reatribución:** se llevan a cabo para modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control, estabilidad y especificidad.



- **Técnica de conceptualización alternativa:** es un trabajo conjunto con el terapeuta y el cliente en la búsqueda de interpretaciones distintas y encontrar explicaciones alternativas a los problemas.
- **Técnicas basadas en la imaginación:** son de gran utilidad, ya que es más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos relacionados con el malestar psicológico que presentan actualmente.

Estimado/a estudiante, en las últimas semanas hemos revisado dos terapias enfocadas en el ámbito cognitivo (Terapia racional, emotiva y terapia cognitiva), como es de su conocimiento, comparten algunas teóricas y aspectos específicos, a continuación, invito a revisar el siguiente REA denominado: [Relación empírica entre la terapia racional emotiva-conductual y la terapia cognitiva de Beck](#), donde se puede evidenciar que, según análisis estadísticos, confirman empíricamente la relación entre ambos modelos.

Continuemos con el aprendizaje con la realización de las siguientes actividades:



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1

Elabore un mapa conceptual de la terapia cognitiva.

Procedimiento

Estimado estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente la terapia cognitiva.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un cuadro sinóptico con las ideas destacadas anteriormente.

¡Éxitos!



Finalizada la primera actividad conocerá los diferentes principios básicos de la terapia cognitiva que se basa en los conocimientos de Beck, también podrá identificar la postura del terapeuta dentro del proceso que es de gran ayuda para poder identificar las diferentes distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que están dificultando y causando malestar en el paciente.

Actividad 2. Ejemplos de distorsiones cognitivas

Procedimiento:

Estimado estudiante, para realizar la actividad 2 debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura del texto [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), específicamente, la terapia cognitiva.
- Analizar los conceptos de las distorsiones cognitivas de la terapia cognitiva.
- Crear ejemplos de posibles pensamientos de los pacientes con respecto a cada una de las distorsiones cognitivas mencionadas anteriormente.

¡Éxitos!

Finalizada la segunda actividad, identificará las diferentes distorsiones cognitivas que pueden presentar los pacientes, ya que son aquellos errores sistemáticos en los pensamientos del paciente que mantienen conexiones a pesar de no presentar ningún tipo de evidencia.

Actividad 3. Estimado estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad 5, Modelo cognitivo conductual con sus respectivos subtemas, durante las semanas correspondientes le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.





Autoevaluación 5

1. () El condicionamiento clásico implica un trabajo conjunto entre un estímulo neutro y un estímulo incondicionado.
2. ¿A qué técnica nos referimos cuando se expone al individuo a un estímulo que le cause miedo o ansiedad con la finalidad de impedir respuestas de evitación?
 - a. Implosión.
 - b. Inundación.
 - c. Desensibilización sistemática.
3. () El aprendizaje observacional corresponde al tercer tipo de aprendizaje que refiere a que los individuos son capaces de aprender sin actuar, únicamente observando a un modelo.
4. Las técnicas de relajación tienen la finalidad de:
 - a. Disminuir conductas.
 - b. Aumentar conductas.
 - c. Reducir los niveles de activación fisiológica.
5. () El mindfulness es una técnica que tiene como finalidad obtener una atención plena en el pasado, siendo conscientes de lo que sintió y pensó en el pasado.
6. ¿Qué técnica consiste en enseñar o mejorar una conducta mediante la observación de un modelo?
 - a. Modelado.
 - b. Moldeado.
 - c. Encadenamiento.
7. () El modelo ABC corresponde a: acontecimientos activadores, pensamientos, creencias y evaluaciones; y respuestas emocionales, cognitivas o conductuales.



8. El siguiente ejemplo a qué distorsión cognitiva del modelo de Ellis corresponde; "Ya que no debo fracasar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un fracaso total".
- a. Pensamiento todo o nada.
 - b. Adivinar el porvenir.
 - c. Etiquetado y sobregeneralización.
9. () La sobregeneralización se caracteriza por prestar atención en un detalle extraído de una situación, dejando de lado aspectos más destacados.
10. () Los autorregistros en la terapia cognitiva se utilizan exclusivamente en la fase inicial para recolectar información.

[Ir al solucionario](#)

Concluida la autoevaluación, si usted alcanzó un alto porcentaje de logros, puede continuar, en el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 14

Unidad 6. Modelo integrativo

Estimado estudiante, en esta semana abordaremos otro modelo psicoterapéutico denominado integrativo, en el cual abarcaremos diferentes principios básicos y técnicas que se utilizan dentro del proceso terapéutico. Los contenidos de semana 14 los encontrará en el texto complementario [Fundamentos de la Psicoterapias integrativa moderna](#)



6.1. Desarrollo del modelo integrativo

El modelo integrativo surge como una evolución del eclecticismo, término que describe la postura del terapeuta que utiliza diversas técnicas basadas en diferentes teorías para no limitar al paciente a un solo enfoque (Oblitas, 2008). Aunque el eclecticismo ganó fuerza, fue criticado por carecer de una metodología racional y una teoría científica, lo que llevó al desarrollo del movimiento integracionista.

A lo largo de las décadas, los clínicos buscaron integrar de forma sistemática los conocimientos de distintas corrientes psicológicas, con el objetivo de mejorar la efectividad terapéutica a través de propuestas creativas y novedosas (Rosado, 2007).

A partir de 1980, el modelo integracionista comenzó a consolidarse como un enfoque empírico, reconociendo sus diferencias clave con el eclecticismo y marcando un avance hacia un modelo más estructurado y basado en la integración teórica (Oblitas, 2008).

Tabla 10
Diferencia entre el eclecticismo y el integracionismo.

ECLECTICISMO	INTEGRACIONISMO
Hincapié en la actividad técnica.	Hincapié en complementar tanto la actividad técnica como la teoría.
Bajo interés en realizar una evaluación empírica del proceso del cambio.	Gran interés en realizar una evaluación empírica del proceso de cambio.
Aplicación de estrategias o técnicas existentes en el momento.	Creación de algo nuevo que sea de manera integrada.
Aplica varias técnicas y perspectivas.	Combina diferentes técnicas y perspectivas.

Nota. Adaptado de *Psicoterapias contemporáneas* (p. 349) por Oblitas, 2008, Cengage Learning.



La psicoterapia integracionista cuenta con tres vertientes principales: factores comunes, la integración teórica y la integración técnica, a continuación, le invito a revisar cada una de ellas:

Vertientes

Vertiente de los factores comunes

El modelo integrativo cuenta con ciertos factores comunes dentro del proceso terapéutico, como lo es la alianza terapéutica en la cual se refleja tres aspectos básicos dentro de la relación paciente-terapeuta: la empatía, el trabajo en conjunto y el trabajo conjunto para alcanzar las metas (Oblitas, 2008).

Varios autores consideran seis factores comunes que forman parte de las psicoterapias:

- La relación de confianza.
- La explicación racional.
- Facilitar información nueva con respecto a las causas y problemas del cliente.
- La esperanza del cliente de encontrar ayuda en el psicoterapeuta.
- La oportunidad del paciente de tener experiencias de éxito y mayor dominio de la problemática.
- Facilitar y promover la activación emocional (Rosado, 2007).

Vertiente de integración teórica

La vertiente de integración teórica es la más común dentro del modelo integracionista, ya que se enfoca en ampliar las bases teóricas y clarificar las fundamentaciones epistemológicas con el propósito de realizar una integración práctica y teórica adecuada entre las aportaciones más eficaces de cada una de las corrientes psicológicas (Oblitas, 2008).



Existe una agrupación de posibles combinaciones bajo esta vertiente:

- *Integración híbrida*: los teóricos se acogen a contextualizaciones de dos corrientes terapéuticas fundamentalmente establecidas que consideran complementarias, con la finalidad de seleccionar de cada una, técnicas y aspectos teóricos, como por ejemplo la corriente psicodinámica con el conductismo (García y Fantin, 2012).
- *Integración teórica amplia*: a diferencia de la integración híbrida, en esta modalidad se contemplan más de dos teorías y también toman en consideración varios aspectos de funcionamiento humanos, como por ejemplo, la conducta, las emociones, lo cognitivo y lo interpersonal (García y Fantin, 2012).
- *Integración metateórica*: se establece la posibilidad de la articulación de varios enfoques psicoterapéuticos bajo un marco común metateórico (García y Fantin, 2012).

Vertiente de integración técnica

La vertiente de integración técnica procura ser la menos teórica, en tanto los clínicos presentan gran esfuerzo para que el conjunto de estrategias terapéuticas que planea se pueda expandir de forma científica, rigurosa y sistemática, para ellos los clínicos evalúan al paciente dentro de un extenso marco multimodal y el cliente se beneficia del tratamiento que recibe, siendo este eficaz y efectivo para su condición, la elección del tratamiento no dependerá de la intuición ni de experiencias personales, sino de los conocimientos basados en evidencias científicas (Oblitas, 2008).

La vertiente de integración técnica sigue tres líneas (Rosado, 2007):

- *Integración técnica pragmática*: selecciona las diversas técnicas terapéuticas tomando como criterio principal la eficacia según evidencias empíricas.
- *Integración técnica de orientación*: se enfoca en la selección de las técnicas terapéuticas que sean congruentes con los objetivos y con las estrategias de una teoría específica.



- *Integración técnica sistémica*: la selección de las técnicas terapéuticas va acorde a un esquema básico o lógico sistemático que indica una técnica empleada según el tipo de paciente. Se basa en la integración de técnicas, pero con una guía de esquemas conceptuales sobre la naturaleza del cambio y cómo involucrarlo en el proceso terapéutico. El terapeuta integrativo para elegir una técnica dependerá del tipo de cliente y la clasificación.
- *La terapia multimodal de Lazarus*: es un tipo de terapia cognitivo conductual que utiliza técnicas de otros enfoques.

En el siguiente REA denominado: [El enfoque integrativo en psicoterapia](#) podrá visualizar algunos modelos que han surgido en los últimos años, por ejemplo, modelos constructivistas o constructivismo e integración, la integración asimilación de Messer, modelo integrativo cognitivo neurobiológico y psicoanalítico, modelo psicoanalítico y cognitivo constructivista, etc.

6.2. Técnicas

El modelo integrativo no cuenta con técnicas específicas, ya que los clínicos se han enfocado en cómo complementar varios enfoques psicoterapéuticos, como por ejemplo el modelo psicodinámico con un cognitivo conductual o también han tomado énfasis en la selección de técnicas empíricas para determinados pacientes con un problema en específico (Oblitas, 2008).

6.3. Aplicaciones

La terapia integrativa a lo largo del tiempo ha mostrado gran eficacia en gran cantidad de síndromes y problemas emocionales, por ejemplo, pacientes con trastorno límite de personalidad, recordando que este trastorno se caracteriza por la impulsividad, cambios rápidos de ánimo, frecuentes intentos suicidas, por ello, Marsha Linehan aplica varias estrategias de diversas corrientes psicoterapéuticas (Oblitas, 2008).



Dentro de la terapia centrada en la persona, utiliza las técnicas de empatía y genuinidad; de la terapia Gestalt, el balancear polaridades y emociones; del psicoanálisis, el análisis de las transferencias y contratransferencias; de las terapias experienciales, las comunicaciones paradójicas, y del modelo cognitivo conductual, la resolución de problemas y habilidades sociales (Oblitas, 2008).

El terapeuta integrativo es un defensor de la investigación, del proceso y del resultado, es capaz de privilegiar al paciente ante cualquier situación de su propio enfoque, busca claramente demostrar la eficacia de la teoría y técnicas, por ende, está en constante estudio para presentar un enriquecimiento de la teoría y perfeccionar la técnica. Por lo tanto, la formación del terapeuta integrativo requiere un entrenamiento intenso para alcanzar la actitud requerida, para ello hay varios pilares que debe cumplir (Fernández y Opazo, 2004):

- Teoría de la psicoterapia.
- Diagnóstico integral.
- Habilidades terapéuticas.
- Autoconocimiento.
- Interdisciplina.



En varios países de Latinoamérica, como Chile, Argentina, Ecuador y Uruguay, desde la década de los 80 han surgido movimientos de integración. En el Ecuador, el Dr. Lucio Balarezo ha desarrollado el modelo integrativo focalizado en la personalidad donde ha integrado en el concepto personalidad, influencias socioculturales y biológicas que se reflejan en las expresiones cognitivas, conductuales, afectivas e interpersonales (ALAPSI, s.f.).

Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana, invito a realizar las siguientes actividades recomendadas.





Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1

Elabore un mapa mental del modelo integrativo.

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Fundamentos de la Psicoterapias integrativa moderna](#).
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un mapa mental con las ideas destacadas anteriormente.

¡Éxitos!

Finalizada la primera actividad, conocerá los principios básicos de la terapia integrativa y que, a lo largo del tiempo, ha ido tomando mayor fuerza basándose en la aplicación de técnicas eficaces, pero con un fin en específico.

Actividad 2. Elaboración de un cuadro comparativo

Procedimiento

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 2, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del texto [Fundamentos de la Psicoterapias integrativa moderna](#).
- Subraye las ideas principales y secundarias.



Tabla para completar

Vertiente de los factores comunes	Vertiente de integración teórica	Vertiente de integración técnica

Nota. Valle, V., 2024.

- Elabore un cuadro comparativo de las vertientes del modelo integrativo.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

¡Éxitos!

Finalizada la segunda actividad, conocerá que el modelo integrativo cuenta con tres líneas principales: vertiente de los factores comunes, que se enfoca en los diferentes aspectos comunes con respecto a los procesos terapéuticos; la vertiente de integración teórica, se encarga de ampliar las bases teóricas, clarificar las fundamentaciones epistemológicas con el propósito de realizar una integración práctica y teórica; mientras que la vertiente técnica pone gran esfuerzo en el conjunto de estrategias terapéuticas y expandirlas de forma científica, rigurosa y sistemática.

Actividad 3. Estimado estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la unidad 6, Modelo integrativo con sus respectivos subtemas, durante la semana 13, le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación.

Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.





Autoevaluación 6

1. Para la definición del modelo integrativo se debe partir contextualizando el:
 - a. Conductismo.
 - b. Eclecticismo.
 - c. Psicoanálisis.
2. () El modelo integrativo tiene bajo interés en realizar una evaluación empírica del proceso del cambio.
3. () El eclecticismo dentro del proceso terapéutico combina diferentes técnicas y perspectivas.
4. ¿Cuáles son las tres vertientes principales de la psicoterapia integrativa?
 - a. Factores comunes, integración metateórica e integración ecléctica.
 - b. Factores comunes, integración teórica e integración técnica.
 - c. Integración teórica, integración, técnica e integración ecléctica.
5. En la vertiente de los factores comunes la alianza terapéutica refleja tres aspectos básicos en la relación paciente-terapeuta:
 - a. Apoyo incondicional, autenticidad y empatía.
 - b. Empatía, trabajar en tareas en conjunto y trabajar por metas en conjunto.
 - c. Trabajar en conjunto, trabajar por metas en conjunto y trabajar por objetivos en conjunto.
6. La vertiente que se encarga de ampliar las bases teóricas y clarificar la fundamentación epistemológica es:
 - a. Vertiente teórica.
 - b. Vertiente técnica.



c. Vertiente de los factores comunes.

7. Contemplar más de dos teorías y tomar en consideración varios aspectos del funcionamiento humano, es una integración:

- a. Híbrida.
- b. Teórica amplia.
- c. Metateórica.

8. La vertiente de integración técnica sigue tres líneas de trabajo:

- a. Integración técnica pragmática, de orientación y sistémica.
- b. Integración híbrida, teórica amplia y metateórica
- c. Integración técnica, metateórica y sistémica.

9. () El modelo integrativo no cuenta con técnicas específicas, ya que los clínicos se han enfocado en el estudio de manera más detallada en la forma de complementar varios enfoques psicoterapéuticos.

10. () La formación del terapeuta integrativo requiere un entrenamiento intenso para alcanzar la actitud requerida.

[Ir al solucionario](#)

Estimado estudiante, es momento de comprobar las respuestas correctas. En el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad 6, Modelo integrativo, y vuelva a desarrollar la autoevaluación.

¡Ánimo!



Resultado de aprendizaje 3:

Utiliza técnicas de intervención para desarrollar capacidades de afrontamiento a través del fortalecimiento y desarrollo de capacidades y potencialidades de los destinatarios, considerando los factores de protección y vulnerabilidad que configuran su condición personal.

El estudiante aplica de manera efectiva técnicas de intervención psicoterapéutica orientadas al desarrollo de capacidades de afrontamiento en los destinatarios. Para ello, identifica y potencia sus recursos personales, considerando tanto los factores de protección como los de vulnerabilidad que inciden en su bienestar. A través de un enfoque integral y basado en evidencia, el estudiante promueve procesos de fortalecimiento emocional y resiliencia, facilitando el desarrollo de habilidades que les permitan afrontar de manera saludable los desafíos de su vida cotidiana.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 15

Unidad 7. Modelos contemporáneos

Estimado(a) estudiante, en esta semana continuaremos con el abordaje de los modelos psicoterapéuticos, nos enfocaremos en los modelos contemporáneos o también denominados terapias de tercera generación. En esta semana abordaremos el *mindfulness*, que en la actualidad ha mostrado gran relevancia en diferentes problemas de salud mental. Los contenidos de la semana 13 los encontrará en el **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#) (Rodríguez, 2019).



7.1. Terapias de tercera generación

La terapia de tercera generación se acentúa en el contexto que explica el comportamiento humano en términos de interacción funcionales y contextuales, por lo tanto, se describe que el trastorno/problema no se encuentra dentro del individuo, si no que el individuo se encuentra en eventos o circunstancias problemáticas (Ruiz et al., 2012).

También denominada la tercera ola de la terapia cognitiva y conductual que se muestra sensible al contexto y los diferentes eventos psicológicos, debido a aquello la utilización de estrategias de cambio de carácter contextual y experienciales. Las terapias de tercera generación con mayor influencia y más estudiadas son las siguientes: mindfulness, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia de conducta dialéctica. A continuación, se realizará la descripción de cada una de ellas (Ruiz et al., 2012).

7.2. Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ATC), se define como una psicoterapia experiencial, cognitiva y conductual que se sustenta de la teoría de los marcos relacionales, la cognición humana y la teoría del lenguaje (Ruiz et al., 2012). En esta misma línea también se fundamenta en el contextualismo funcional, donde establece que los eventos psicológicos son la consecuencia de las interacciones entre el contexto y el organismo que incluyen tanto en las situaciones como en la historia, en otras palabras, las respuestas de las personas tienen una finalidad y se evidencian en circunstancias que no se pueden evitar cuando se desarrolla un análisis funcional, lo que entrelaza esta posición con el enfoque conductual. (Olivarez et al., 2014).

Los mismos autores mencionan que la TCA se puede definir como una terapia de contexto, debido a que las intervenciones se centran en el análisis y la modificación de las distintas variables antecedentes y consecuentes de un trastorno o problema en específico y de igual manera las variables o relaciones del contexto social y verbal. (Olivarez et al., 2014).



La Terapia de Aceptación y Compromiso se constituye con base en dos conceptos centrales: la evitación experiencial y los valores personales.

El primero se fundamenta en muchas ocasiones por ser mantenedor de los problemas o trastornos mentales, mientras que el segundo, se enfoca como guía de actuación para llegar a la realización personal. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Con lo antes mencionado podemos enfatizar que en lo que respecta a los problemas o trastornos mentales, según la ACT el padecimiento de una persona está relacionada con la evitación experiencial que se enfoca como el conjunto de respuestas intencionales con el objetivo de evitar o suprimir cualquier tipo de relación con emociones, pensamientos, recuerdos, etc., que el individuo los considere negativos. Por lo tanto, esta terapia sostiene que la posición adaptativa es la aceptación en el aquí y el ahora, dejando de lado la evitación. (Olivarez et al., 2014).

La TAC presenta una postura del conductismo radical que adopta tanto estrategias de aceptación como la toma de conciencia de las conductas propias de los sujetos, la puesta en práctica de esta estrategia permitirá mejorar la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad que tiene la persona de entrar en contacto con el presente y a partir de aquello cambiar la conciencia. (Vargas y Ronald, 2012).

A continuación, en el siguiente REA [Terapia de Aceptación y Compromiso \(ACT\): conductismo, mindfulness y valores](#), podrá visualizar a más profundidad algunos constructos que están relacionados con la terapia de aceptación y compromiso.

La psicopatología según la ACT se enfoca en el término inflexibilidad psicológica que se encuentra relacionada con la incapacidad de responder de manera efectiva frente las diferentes adversidades de la vida, dicha incapacidad es emergente de 6 procesos que se describirán a continuación: fusión cognitiva, evitación experiencial, apego al yo conceptualizado, dominancia del pasado o del futuro conceptualizados, impulsividad o pasividad y pérdida de contacto o falta de claridad con los valores.



Objetivos

Los objetivos básicos de la TAC son los siguientes:

- **Aceptación:** terminar con la evitación experiencial, permitiendo que el individuo tome conciencia plena de los eventos, tanto internos como externos, con una actitud de autocompasión y curiosidad.
- **Defusión:** ayudar al individuo a que reconozca que es distinto al contenido que tienen en su mente, es decir, una persona que piensa que es inútil no implica que lo sea.
- Ayudar al individuo a desarrollar una **atención flexible**.
- Ayudar al individuo a que sea consciente de que hay un lugar, es decir, el **yo-contexto**, que la persona sea capaz de verse a sí misma a partir de otra perspectiva.
- **Clarificar valores**, las diferentes áreas que son importantes y las motivaciones con las que se compromete el individuo.
- Ayudar al individuo a que plantee y ponga en marcha **acciones comprometidas** con los valores.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) se define como una terapia de contexto, que se centra en el análisis y modificación de las variables antecedentes y consecuentes de un trastorno o problema específico, así como en las relaciones dentro del contexto social y verbal. Una vez identificado y evaluado el problema, el terapeuta adopta una postura directiva, didáctica y flexible, adaptándose a las necesidades del paciente para ayudarle a valorar las paradojas del comportamiento.

La intervención se orienta a que el paciente tenga claridad sobre sus valores y compromisos, actuando de manera coherente con el camino elegido, mientras aprende a distanciarse de sus recuerdos, pensamientos, sentimientos y sensaciones, tomando conciencia de cada uno y descubriendo las relaciones funcionales que se presentan (Olivarez et al., 2019).



Técnicas

La terapia de aceptación y compromiso no cuenta con un protocolo establecido en cuanto a fases y estrategias que se utilicen durante el proceso de intervención, sino que establece una guía general de actuación, dependiendo de la problemática que presenta el paciente. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Los principales recursos clínicos en las intervenciones psicológicas son de carácter lingüístico como las metáforas y paradojas, mientras que otras también son de carácter existencial y conductual. Las técnicas lingüísticas como la metáfora permiten cuestionar la lógica de la razón que sirve como un mecanismo para el control de la evitación, mientras que la paradoja, a diferencia de la metáfora, se enfatiza las contradicciones entre situaciones literales y funcional de las reglas de la evitación. (Olivarez et al., 2019).

Las metáforas cumplen con los siguientes criterios (Vargas, Mendoza, 2006): contiene recursos que han partido de los pacientes, cuentan con características no arbitrarias, vinculadas con leyes físicas; tienen analogías con los problemas del paciente y el cliente cuenta con experiencia directa al contenido. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En esta misma línea, otra de las estrategias.

Por otro lado, el carácter existencial se trabaja con ejercicios de *mindfulness* para la exposición en vivo de diferentes eventos o situaciones internas, desagradables o agradables, el objetivo es reducir la respuesta de escape o evitación de la situación. (Olivarez et al., 2019).

Para profundizar en la temática, revisar en el siguiente REA denominado: [La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial](#), posterior a la revisión, comprenderá la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos, donde utilizaban las técnicas antes mencionadas: ejercicios de *mindfulness*, aplicación de metáforas y ejercicios, experiencias.



Estimado(a) estudiante, para finalizar la semana, le invito a leer el texto base denominado Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas, el apartado correspondiente a la semana, para profundizar en la temática y posterior aquello realizar las siguientes actividades recomendadas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Realizar un resumen de la terapia de aceptación y compromiso.

Estimado(a) estudiante, para realizar la actividad 1, debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lectura comprensiva del **texto** [Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas](#), apartado correspondiente a la semana.
- Subraye las ideas principales y secundarias.
- Elabore un resumen con las ideas destacadas anteriormente.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

¡Éxitos!

Finalizada la primera actividad, conocerá el proceso terapéutico que se lleva a cabo dentro de la terapia de aceptación y compromiso e identificará las principales técnicas a utilizar como son la metáfora, paradojas, terapias existenciales (*mindfulness*).

Actividad 2. Estimado(a) estudiante, una vez realizada la lectura comprensiva de la Unidad 7. Modelos contemporáneos con sus respectivos subtemas, durante la semana 15, le invito a contestar las preguntas de la siguiente autoevaluación. Recomiendo leer detenidamente cada uno de los ítems propuestos y colocar la respuesta correcta.





Autoevaluación 7

1. () La terapia de aceptación y compromiso también se la puede definir como una terapia de contextos.
2. Los dos conceptos básicos en los que se constituye la terapia de aceptación y compromiso son:
 - a. compromiso son:
 - b. La evitación experiencial y los valores personales.
 - c. La inflexibilidad psicológica y la aceptación.
 - d. Los valores personales y la flexibilidad psicológica.
3. Según la terapia de aceptación y compromiso, el padecimiento de una persona está relacionada con:
 - a. Inflexibilidad psicológica.
 - b. Evitación experiencial.
 - c. Falta de valores personales.
4. () La terapia de aceptación y compromiso sostiene que la posición adaptativa es la aceptación del pasado.
5. Señale la respuesta correcta con respecto a la siguiente definición.
"Capacidad que tiene la persona de entrar en contacto con el presente u a partir de aquello cambiar la conciencia".
 - a. Flexibilidad psicológica.
 - b. Aceptación.
 - c. Compromiso.
6. () En la terapia de aceptación y compromiso el terapeuta debe mostrar una postura directiva, didáctica y flexible, adaptándose a cada uno de los clientes.
7. () La aceptación ayuda al individuo a que reconozca que son distintos al contenido que tiene su mente.



8. () Uno de los objetivos de la TAC es que el individuo desarrolle una atención inflexible.
9. () Según la TAC el objetivo es ayudar al individuo a que plantee y ponga en marcha acciones comprometidas con los valores.
10. Las principales técnicas que se utilizan en la terapia de aceptación y compromiso son las siguientes. Selecciona varias alternativas.
- a. Metáforas.
 - b. Paradojas.
 - c. Cognitivas.
 - d. Técnicas de carácter existencial.
 - e. Exposición en vivo.

[Ir al solucionario](#)

Concluida la autoevaluación, si usted alcanzó un alto porcentaje de logros, puede continuar, en el caso de presentar errores, ¡tranquilo! Revise nuevamente los contenidos de la unidad y vuelva a desarrollar la autoevaluación. ¡Ánimo!



Resultado de aprendizaje 2 y 3:

- Formula planes de intervención psicoterapéutica en función de las necesidades y demandas de los destinatarios.
- Utiliza técnicas de intervención para desarrollar capacidades de afrontamiento a través del fortalecimiento y desarrollo de capacidades y potencialidades de los destinatarios, considerando los factores de protección y vulnerabilidad que configuran su condición personal.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 16

Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, en la presente semana deberá revisar los contenidos de las unidades abordadas en el segundo bimestre, sugiero que revise: la terapia cognitiva conductual (técnicas y proceso terapéutico), el modelo integrativo y los modelos contemporáneos.



Actividad de aprendizaje recomendada

Actividad 1

- Revise cada uno de los apuntes tomados sobre los aspectos importantes de cada temática.
- Revise los organizadores gráficos y estudios de casos realizados de cada temática.
- Estudie y analice los contenidos del texto complementario para la evaluación bimestral.





4. Autoevaluaciones

Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Los factores externos que influyen en el primer contacto terapeuta paciente son: factores climáticos, ubicación geográfica, compromisos sociales y familiares.
2	V	El diagnóstico clínico y etiopatogénico hace referencia a una búsqueda selectiva que exige un trabajo analítico-sintético, donde el terapeuta debe atender los principales síntomas: estructuración familiar, formas adaptativas y aspectos interaccionales de la primera entrevista.
3	b	El diagnóstico del entorno del paciente son aquellas condiciones de vida del individuo que se encuentran relacionados con los factores físicos, económicos, socioculturales, que puedan favorecer o impedir el tratamiento.
4	b - c	El terapeuta no solamente permite, sino que facilita el relato libre para eliminar la tensión en el sujeto y buscar el alivio, y es recomendable presentar una posición no directiva, ausencia de críticas y manifestaciones empáticas
5	V	Las técnicas que se utilizarán dentro del proceso terapéutico van acorde a los objetivos propuestos.
6	F	Durante la aplicación de las técnicas se puede realizar rectificaciones si el caso lo requiere, se debe mantener una postura abierta, crítica y flexible ante el tratamiento.
7	b	La reformulación de contenido hace referencia a repetir o reformular con ciertas modificaciones, lo manifestado por el paciente.
8	c	La recapitulación es la síntesis de las comunicaciones, tiene como objetivo recortar aspectos importantes del relato del paciente.
9	V	El reflejo de sentimientos permitirá mejorar la relación terapéutica y el paciente puede sin temor expresar sus sentimientos.
10	c	Los gestos autodirigidos son aquellas expresiones personales que se encuentran vinculados con los estados de tensión.



[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La censura es un término denominado por Freud, que refiere a la existencia de una función psíquica que impide que lo inconsciente se haga consciente.
2	a	La estructura de la primera tópica freudiana está integrada por tres grados de conciencia: el inconsciente, el consciente y el preconscious.
3	a	El inconsciente es la principal aportación de la teoría psicoanalítica donde se abarcan todos los contenidos que la mente fácilmente no puede acceder, ya sean recuerdos de la infancia o contenidos reprimidos.
4	c	El consciente abarca la parte más racional de la persona, las formas de actuar, la toma de decisiones y la comprensión del mundo.
5	b	La segunda tópica describe la estructura dinámica del funcionamiento psíquico.
6	F	El superyó es el producto de la socialización y el aprendizaje de las diferentes normas culturales, representa a la moral y controla el yo.
7	b	La negación es el rechazo de una parte de la realidad exterior que puede resultar amenazante o indeseable por parte del individuo.
8	a	En la fase fálica se evidencia el complejo de Edipo, es decir, los niños compiten con el padre por el cariño de la madre ya que se sienten atraídos por ella, mientras que en las niñas no hay mucha probabilidad de la identificación con el padre.
9	a	El término transferencia hace referencia a la relación que establece el paciente con el terapeuta, los pacientes repiten con el terapeuta diversas problemáticas de su infancia, específicamente con acontecimientos vividos con los progenitores.
10	F	La clarificación es cuando el analista pide al cliente que le proporcione más información sobre el material de análisis y proseguir en la búsqueda de conexiones inconscientes.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	El principal teórico de la terapia centrada en la persona es Carl Rogers.
2	a	Los elementos fundamentales que corresponden a la postura del terapeuta dentro del ejercicio son: actitud positiva hacia el cliente, empatía y autenticidad o congruencia.
3	V	Los terapeutas centrados en la persona no establecen objetivos, entienden que las personas a lo largo de la terapia encontrarán la dirección hacia la que quieren dirigir su vida.
4	b, c	La terapia centrada en la persona cuenta con dos técnicas básicas que son el reflejo y el parafraseo.
5	b	En otros enfoques terapéuticos utilizan la relación terapéutica para aplicar una técnica, en cambio, en la terapia centrada en la persona la relación terapéutica es la técnica para ayudar al individuo en el progreso.
6	c	Según Frederick Perls los puntos clave en el cual gira el proceso terapéutico son: la concepción de la persona como una totalidad e hincapié en el aquí y en el ahora.
7	V	En la terapia gestáltica el terapeuta pone de gran relieve la simpatía antes que la empatía para abordar el sentido de igualdad ya que es un trabajo conjunto.
8	a	En la técnica de los diálogos, la silla vacía y la silla caliente se enfoca en establecer comunicaciones con los diversos aspectos de la personalidad, dialogar con las diferentes partes que se oponen a la persona, entre otros.
9	a	Las técnicas que facilitan el contacto con la emoción son: dramatización y quedarse con el sentimiento.
10	V	La terapia gestáltica persigue más el crecimiento personal, a través del aumento de la conciencia, que el cambio conductual.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	Los triángulos se originan por momentos de crisis o ansiedad donde se suele involucrar a un tercero, por ejemplo, en un conflicto de pareja se involucra a un hijo o algún otro miembro de la familia.
2	a	Los problemas de lealtad se basan en dos principios básicos: las lealtades familiares y el principio de justicia.
3	c	El objetivo general de la terapia intergeneracional se enfoca en ayudar al individuo, a la pareja o a la familia a conocerse a sí mismo y el funcionamiento del sistema relacional.
4	F	El cronograma familiar tiene una perspectiva histórica, mediante una línea de tiempo se representan todos los cambios suscitados dentro de la familia tanto internos como externos.
5	c	La terapia intergeneracional se puede llevar a cabo de la siguiente manera: Terapia familiar, terapia de pareja y terapia individual.
6	V	La terapia familiar existencial asume las postulaciones de Carl Rogers donde establece que todo individuo es capaz de progresar y desarrollar todas sus potencialidades.
7	b	En el núcleo familiar se compone de tres aprendizajes básicos: autoestima que es el valor que se otorga uno mismo, las reglas que se crean dentro del sistema familiar pueden ser explícitas o tácitas y las pautas de comunicación que son de gran importancia para las interacciones.
8	F	La terapia familiar existencial no se enfoca en conocer el diagnóstico o patología presente, sino se preocupa por el desarrollo y el crecimiento del sistema familiar.
9	V	El objetivo de la terapia centrada en soluciones es la resolución del problema y no necesariamente el cambio en la persona.
10	a	La técnica de proyección al futuro para negociar objetivos se utiliza para invitar al paciente a que imagine un futuro próximo sin los problemas presentes.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje que implica el trabajo conjunto entre un estímulo neutro (EN) y un estímulo incondicionado.
2	b	La inundación consiste en exponer al individuo al estímulo que le cause miedo o ansiedad, con la finalidad de impedir respuestas de evitación. Se espera que el individuo ponga en marcha procesos de habituación y de extinción del estímulo condicionado.
3	V	El aprendizaje observacional corresponde al tercer tipo de aprendizaje que refiere a que los individuos son capaces de aprender sin actuar, únicamente observando a un modelo.
4	c	La relajación tiene como finalidad reducir los niveles de activación fisiológica por medio de la disminución progresiva de la tensión muscular.
5	F	El mindfulness es una técnica que tiene como finalidad obtener una atención plena del aquí y el ahora, siendo conscientes de lo que siente y piensa en el momento presente.
6	a	La técnica de modelado tiene la finalidad de enseñar o mejorar una conducta mediante la observación de un modelo.
7	V	El modelo ABC tiene el siguiente significado: "A" son los acontecimientos activadores, "B" pensamientos, creencias y evaluaciones y "C" las respuestas emocionales, cognitivas o conductuales.
8	c	El ejemplo <i>"Ya que no debo fracasar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un fracaso total"</i> corresponde a la distorsión cognitiva etiquetado y sobregeneralización.
9	F	La sobregeneralización refiere a la extracción de una conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplica dicho concepto a diferentes situaciones relacionadas o no.
10	F	Los autorregistros se emplean en la fase inicial, se utilizan para recolectar información sobre el estado emocional del paciente durante el día y frente a diversas situaciones. De la misma manera se utilizan durante el tratamiento para seguir con las cuestiones cognitivas que surgen de los acontecimientos activadores.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 6

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Para entender el modelo integrativo debemos partir de la definición del eclecticismo, que es un término que describe aquella postura donde el terapeuta hace uso de diversas técnicas con balance científico que se identifican con alguna teoría o escuela.
2	F	El modelo integrativo pone gran interés en realizar una evaluación empírica del proceso de cambio.
3	F	El eclecticismo en el proceso terapéutico toma varias técnicas y perspectivas.
4	b	La psicoterapia integrativa cuenta con tres vertientes principales: factores comunes, la integración teórica y la integración técnica.
5	b	En los factores comunes la alianza terapéutica refleja tres aspectos básicos en la relación paciente-terapeuta: a) empatía, b) trabajar en tareas en conjunto; y c) trabajar por metas en conjunto.
6	a	La vertiente de integración teórica se enfoca en ampliar las bases teóricas y clarificar las fundamentaciones epistemológicas con el propósito de realizar una integración práctica y teórica adecuada entre las aportaciones más eficaces de cada una de las corrientes psicológicas.
7	b	La integración teórica amplia contempla más de dos teorías y también toman en consideración varios aspectos del funcionamiento humano.
8	a	La vertiente de integración técnica sigue tres líneas de trabajo: integración técnica pragmática, integración técnica de orientación e integración técnica sistémica.
9	V	El modelo integrativo no cuenta con técnicas específicas, ya que los clínicos se han enfocado en el estudio de manera más detallada en la forma de complementar varios enfoques psicoterapéuticos.
10	V	La formación del terapeuta integrativo requiere un entrenamiento intenso para alcanzar la actitud requerida.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 7

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La terapia de aceptación y compromiso también se puede definir como una terapia de contextos.
2	a	Los dos conceptos básicos en los que se constituye la terapia de aceptación y compromiso son: la evitación experiencial y los valores personales.
3	b	Según la terapia de aceptación y compromiso, el padecimiento de una persona está relacionada con la evitación experiencial.
4	F	La terapia de aceptación y compromiso sostiene que la posición adaptativa es la aceptación del aquí y el ahora.
5	a	La flexibilidad psicológica es la capacidad que tiene la persona de entrar en contacto con el presente o a partir de aquello cambiar la conciencia.
6	V	En la terapia de aceptación y compromiso el terapeuta debe mostrar una postura directiva, didáctica y flexible, adaptándose a cada uno de los clientes.
7	F	La difusión ayuda al individuo a que reconozca que son distintos al contenido que tienen en su mente.
8	F	Uno de los objetivos de la TAC es que el individuo desarrolle una atención flexible.
9	V	Según la TAC el objetivo es ayudar al individuo a que plantee y ponga en marcha acciones comprometidas con los valores.
10	a, b, d	Las principales técnicas que se utilizan en la terapia de aceptación y compromiso son las siguientes. Selecciona varias alternativas.

[Ir a la autoevaluación](#)





5. Referencias bibliográficas

- ALAPSI. (s.f.). *ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOTERAPIAS INTEGRATIVAS*. Obtenido de <https://www.alapsiweb.org/historia.html>
- Alonso, R. S. (2001). *Los juegos psicológicos según el análisis transaccional*. CCS.
- Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Ávila, A., Roji, B., & Saúl, L. (2015). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Balarezo, L. (2017). *Psicoterapia (2a. ed.)*. Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/80160?page=27>
- Camacho, J. (2006). *Panorámica de la Terapia Sistémica*. Obtenido de <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo33.pdf>
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques psicoterapéuticos 2ª edición*. El manual moderno.
- Fernández, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Paidós Ibérica.
- García, H. & Fantin, M. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Inter american Journal of Psychology*, 46(3), 447-457.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar (2.ª ed.)*. El manual moderno.



- Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (2015). *Mindfulness y psicoterapia* (2a. ed.). Desclée de Brouwer.
- González, J. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Plaza y Valdez.
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W. & Gavino, A. (2014). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 117-127.
- Kleinke, C. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Martín, Á. (2011). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt* (7a. ed.). Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/06/manual-practico-de-psicoterapia-gestaltica.pdf>
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos* 2ª edición. Pirámide.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica: principios y herramientas de intervención*. Desclée de Brouwer.
- Moreno, G., Guerra, P., Montero, D., Pérez, P., Mariño, C., Subía, A. & Ramos, C. (2019). *Fundamentos de Psicología para principiantes*. Quito.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Manual Moderno.
- Muñoz, M., Ausín, B. & Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis S.A.
- Naranjo, M. L. (2011). Una revisión de la teoría de Análisis Transaccional. *Revista educación*, 69-94.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Cengage Learning.



- Olivarez, J., Macia, D., Rosa, A., & Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Rodríguez, A. (2019). *Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas*. Herder.
- Roji, B. & Gutiérrez, L. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 1(2), 42-50.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sierra, M. (2009). Los sueños de Sigmund Freud. *Historia y Grafía*, (33), 85- 111.
- Tobías, C. & García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX(104), 437-453.
- Vargas, L. & Ronald, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Ciencias Sociales*, IV(138), 101-110.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*, 79(1), 42-51.

