

PSICOTERAPIAS

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-84-945772-1-5

ISBN de la obra completa: 978-84-945721-0-4

© José Luis Fernández Fernández

© Este material es único y exclusivo de (PIRES)

Mayo 2019

ÍNDICE

TEMA 1. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA

1. EL MUNDO CLÁSICO	15
2. LA EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO.....	15
3. LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA Y LA ÉPOCA DE LA RAZÓN (SIGLO XVII Y XVIII).....	17
4. LA FUNDACIÓN DE LA PSICOTERAPIA (XIX).....	19
5. EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA (siglo XX).....	20

TEMA 2. LOS TRATAMIENTOS PSICODINÁMICOS (EL PSICOANÁLISIS)

1. EL PSICOANÁLISIS DE FREUD.....	23
1. 1. Introducción	23
1. 2. Desarrollo histórico del psicoanálisis.....	23
1. 3. Modelos psicoanalíticos de Freud	24
1. 4. Mecanismos psíquicos	26
2. MÉTODO PSICOANALÍTICO.....	27
2. 1. Características generales	27
2. 2. Elementos y encuadre de la situación analítica	27
2. 3. Recursos técnicos (procedimientos).....	28
3. TRADICCIÓN NEOFREUDIANA.....	29
3. 1. La psicología individual de Alfred Adler	29
3. 2. La psicología analítica de Carl G. Jung	30
3. 3. Otto Rank y la Teoría del Trauma de Nacimiento	32
3. 4. Wilhem Reich los orígenes de la psicoterapia corporal.....	32
3. 5. Karen Horney.....	32
3. 6. H. S. Sullivan, el Psicoanálisis Interpersonal.....	33
4. LA PSICOLOGÍA DEL YO	36
4. 1. La psicología del Yo.....	36
4. 2. Eric H. Erikson, la Psicología de la Identidad.....	38
5. LA EXPANSIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN NORTEAMÉRICA.....	40
6. LOS PSICOANALISTAS CONTEMPORÁNEOS	41
6. 1. Jacques Lacan, el inconsciente como lenguaje	41
6. 2. Stephen Mitchell. El psicoanálisis relacional.....	42
6. 3. Robert D. Stolorow. La teoría intersubjetiva.....	43
6. 4. Paul Wachtel. La Psicodinámica Cíclica (PC)	43
6. 5. Klerman y Weissman. La Terapia Interpersonal (TI).....	44
7. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: PRINCIPIOS CONCEPTUALES Y APLICACIÓN	46
7. 1. De la técnica psicoanalítica a la psicoterapia psicoanalítica	46
7. 2. Elementos técnicos y aplicación.....	46
7. 2. 1. Principios conceptuales.....	46
7. 2. 2. La demanda. Las situaciones y los encuadres analíticos en la psicoterapia psicoanalítica	47
7. 3. Psicoterapia breve focal y estratégica	48
7. 3. 1. Aspectos generales	48
7. 3. 2. Técnicas de psicoterapia breve (focal)	48

TEMA 3. PSICOTERAPIAS HUMANISTICO-EXISTENCIALES

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y MARCO CONCEPTUAL	51
2. MODELOS FENOMENOLÓGICOS-EXISTENCIALES.....	51
2. 1. El análisis existencial de Binswanger.....	51
2. 2. La Logoterapia de Frankl	52
3. EL MODELO HUMANISTA	52
3. 1. Antecedentes.....	52
3. 2. Carl Rogers y su Terapia Centrada en el Cliente (TCC).....	52
4. LA TERAPIA GESTÁLTICA.....	53
5. EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL (AT)	56
6. EL PSICODRAMA.....	57
7. TERAPIAS CORPORALES Y ENERGÉTICAS.....	58

TEMA 4. LOS MODELOS SISTÉMICOS

1. INTRODUCCIÓN.....	61
2. DESARROLLO HISTÓRICO.....	61
3. EL SISTEMA	62
4. PRINCIPALES ESCUELAS SISTÉMICAS Y MÉTODO TERAPÉUTICO	64
4. 1. La escuela interaccional del MRI (Mental Research Institute) (Watzlawick, Weakland y Fisch).....	64
4. 2. La escuela estructural.....	64
4. 3. La escuela estratégica	65
4. 4. La escuela de Milán (Palazzoli y cols).....	66
4. 5. Terapia centrada en las soluciones	67
4. 6. Recursos técnicos utilizados	67
5. EL GIRO AL CONSTRUCTIVISMO.....	68

TEMA 5. LOS MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS

1. LOS MODELOS CONDUCTUALES	69
1. 1. La terapia de modificación de conducta (TMC).....	69
1. 2. Desarrollo histórico de la TMC.....	69
1. 3. La relación terapéutica	72
2. LOS MODELOS COGNITIVOS	72
2. 1. Rasgos característicos de estos modelos	72
2. 2. Desarrollo histórico	72
2. 3. Método terapéutico	73
2.4. Estado actual de las Terapias Cognitivas-Conductuales.....	74
3. LOS MODELOS CONSTRUCTIVISTAS	74
3. 1. El resurgir de los modelos constructivistas	74
3. 2. Características de las terapias cognitivas de inspiración constructivista	75
3. 3. La terapia de constructos personales de Kelly	76
3. 4. El enfoque evolutivo-estructural de Guidano y Liotti	76
3. 5. Terapia cognitiva posracionalista.....	77
3. 6. Terapia cognitiva narrativa.....	79

TEMA 6: RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	81
----------------------	----

2. EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN	81
3. ESTRUCTURAS CEREBRALES IMPLICADAS EN LOS PROCESO DE ACTIVACIÓN Y DESACTIVACIÓN	83
4. ENTRENAMIENTO EN EL CONTROL DE ACTIVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS	84
5. RELAJACIÓN PROGRESIVA.....	85
5. 1. Introducción	85
5. 2. Consideraciones previas al tratamiento	85
5. 3. Procedimiento de Méndez y Romero (1993).....	86
5. 4. Programa de relajación propuesto por Labrador (1993).....	87
5. 5. Problemas que pueden aparecer durante las sesiones de entrenamiento y posibles soluciones.....	89
5. 6. Teorías sobre la relajación progresiva	91
6. VARIANTES DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA.....	91
6. 1. Relajación Diferencial	91
6. 2. Relajación Condicionada	92
6. 3. Relajación por Evocación	92
6. 4. Relajación Pasiva	92
7. ENTRENAMIENTO AUTÓGENO	92
7. 1. Introducción	92
7. 2. Procedimiento	93
7. 3. Fundamentos teóricos en el entrenamiento autógeno.....	93
7. 4. Ventajas e inconvenientes del entrenamiento autógeno.....	93
8. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN.....	93
8. 1. Introducción	93
8. 2. Esquema del procedimiento	94
8. 3. Consideraciones generales en el proceder del control de la respiración	94
8. 4. Variaciones.....	95
8. 5. Hipótesis explicativas.....	95
9. OTROS PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR LA ACTIVACIÓN	96
9. 1. Técnicas de Biofeedback.....	96
9. 2. Visualización o relajación en imaginación.....	96
9. 3. Técnicas de meditación.....	96
9. 4. Yoga	96
10. PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA EN EL USO DE LA RELAJACIÓN.....	97
11. APLICACIONES	97
11. 1. Consideraciones básicas	97
11. 2. Trastornos de ansiedad.....	97
11. 3. Psicología de la Salud.....	97

TEMA 7. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

1. INTRODUCCIÓN	99
2. TEORÍAS EXPLICATIVAS	99
2. 1. Inhibición recíproca y contracondicionamiento.....	99
2. 2. Extinción y habituación.....	99
2. 3. Condicionamiento operante y modelado	100
2. 4. Aspectos cognitivos	100
3. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LA DS	101
3. 1. Aspectos básicos.....	101
3. 2. El procedimiento en sí	101
3. 2. 1. Entrenamiento en relajación.....	101
3. 2. 2. Construcción de la jerarquía de ansiedad.....	102

3. 2. 3. Evaluación y práctica en imaginación	103
3. 2. 4. La DS propiamente dicha	103
4. VARIACIONES DE LA DS	104
4. 1. Desensibilización en vivo	104
4. 2. Desensibilización emotiva	104
4. 3. Desensibilización por contacto	105
4. 4. Desensibilización por medio de movimiento ocular	105
4. 5. Desensibilización enriquecida.....	105
4. 6. Desensibilización automatizada.....	105
4. 7. Desensibilización sistemática en grupo.....	106
4. 8. Desensibilización de autocontrol	106
4. 9. Desensibilización mediante realidad virtual	106
5. APLICACIONES DE LA DS.....	106

TEMA 8. TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

1. BASES TEÓRICAS DE LA EXPOSICIÓN	107
1. 1. Modelos de condicionamiento	107
1. 2. El paradigma de exposición	107
2. CRITERIOS DE APLICACIÓN	108
2. 1. Condiciones previas a la terapia de exposición	108
2. 2. Duración de la exposición e intervalos entre sesiones	108
2. 3. Grado de activación y nivel atencional	108
2. 4. Las conductas de escape durante y después de la exposición	108
2. 5. Potenciación de la exposición.....	108
2. 6. Especificidad de la habituación.....	109
2. 7. Predoectores del éxito terapéutico	109
2. 8. Otros criterios en la aplicación del tratamiento	110
3. FORMAS DE EXPOSICIÓN.....	111
4. LA INUNDACIÓN Y LA IMPLOSIÓN	112
4. 1. Introducción.....	112
4. 2. Bases teóricas de la inundación.....	112
4. 3. La implosión.....	113

TEMA 9. TÉCNICAS OPERANTES

1. TÉCNICAS PARA REDUCIR CONDUCTAS OPERANTES	115
1. 1. Introducción.....	115
1. 2. Extinción	115
1. 3. Reforzamiento diferencial (RD).....	117
1. 3. 1. Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)	117
1. 3. 2. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI)	118
1. 3. 3. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO).....	119
1. 3. 4. Aplicaciones	120
1. 4. Costo/coste de Respuesta o Castigo Negativo	120
1. 5. Tiempo fuera de reforzamiento.....	121
1. 6. Saciación y la práctica negativa	122
1. 7. Sobrecorrección	123
2. TÉCNICAS OPERANTES PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTAS.....	124
2. 1. Introducción.....	124

2. 2. Bases teóricas.....	125
2. 3. Moldeamiento.....	126
2. 4. Encadenamiento.....	127
2. 5. Desvanecimiento.....	128
3. SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS.....	129
3. 1. Introducción.....	129
3. 2. Economía de fichas.....	129
3. 3. Contratos conductuales.....	133

TEMA 10. LA HIPNOSIS

1. INTRODUCCIÓN.....	137
2. DEFINICIÓN DE HIPNOSIS.....	137
3. TIPOS DE HIPNOSIS.....	138
4. MECANISMOS FISIOLÓGICOS DE LA HIPNOSIS.....	139
5. TIPO DE SUGESTIONES HIPNÓTICAS.....	140
6. APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS INCLUIDA EN UN TRATAMIENTO.....	142
6. 1. Desmitificar y presentar la hipnosis al usuario.....	142
6. 2. Evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica.....	143
6. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA HIPNOSIS.....	143
7. RECOMENDACIONES PARA AUMENTAR LA EFICACIA DE LAS SUGESTIONES.....	144

TEMA 11. MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS Y CONCEPTUALES.....	145
2. ELEMENTOS PRINCIPALES DEL MINDFULNESS.....	145
3. PROCEDIMIENTO.....	148
4. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN TORNO AL MINDFULNESS.....	149
4. 1. MBSR (Mindfulness-based stress reduction).....	149
4. 2. MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy).....	149
4. 3. Efectos del mindfulness.....	149
5. COMPONENTES PRINCIPALES DE LA ANTENCIÓN PLENA EN RELACIÓN CON OTRAS TÉCNICAS.....	150
6. ÁMBITOS DE APLICACIÓN.....	153

TEMA 12. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

1. INTRODUCCIÓN.....	155
2. BASES TEÓRICAS Y EXPERIMENTALES.....	155
3. DEFINICIÓN DE AUTOCONTROL.....	156
4. PROCEDIMIENTO BÁSICO.....	156
5. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.....	157
5. 1. Técnicas centradas en las conductas.....	157
5. 2. Técnicas de planificación ambiental.....	158
5. 3. Técnicas de programación conductual.....	159
6. ÁMBITOS DE APLICACIÓN.....	160

TEMA 13. TÉCNICAS AVERSIVAS

1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	161
2. MODELOS EXPLICATIVOS.....	161

2. 1. Condicionamiento Clásico (CC)	161
2. 2. Condicionamiento Operante (CO).....	161
2. 3. Teorías centrales (cognitivas)	162
2. 4. Teoría del estado	163
3. PROCEDIMIENTOS Y VARIACIONES.....	163
3. 1. Los estímulos	163
3. 2. Presentación de los estímulos	166
3. 3. Diferencias basadas en el paradigma utilizado.....	167

TEMA 14. TÉCNICAS DE MODELADO

1. INTRODUCCIÓN.....	169
2. VARIABLES QUE AFECTAN AL MODELADO	169
2. 1. Variables que afectan a la adquisición	170
2. 2. Variables que aumentan la actuación	172
2. 3. Refuerzos e incentivos para la actuación: características de actuación	172
2. 4. Transferencia y generalización de los aprendizajes adquiridos.....	173
3. PROCEDIMIENTO.....	174
4. VARIANTES DEL MODELADO	175
4. 1. Según la competencia del modelo	175
4. 2. Según la conducta del observador	175
4. 3. Según el grado de dificultad de las conductas a modelar	175
4. 4. Según la adecuación de la conducta del modelo.....	175
4. 5. Según el número de observadores	176
4. 6. Según el número de modelos	176
4. 7. Modelado contrastado	176
4. 8. Modelado participante.....	176
4. 9. Modelado encubierto.....	177
4. 10. Ensayo mental simbólico o cognitivo	177
4. 11. Automodelado	178
4. 12. Modelado de autoinstrucciones	178
4. 13. Terapia del rol fijo	178
5. ADQUISICIÓN DE LA CONDUCTA IMITATIVA	179
6. ÁREAS DE APLICACIÓN	180

TEMA 15. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

1. INTRODUCCIÓN Y RECORRIDO HISTÓRICO	183
2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	184
2. 1. Conceptualización y clasificación de las HHSS.....	184
2. 2. La asertividad.....	185
2. 3. Características de los EHS.....	186
3. MODELOS EXPLICATIVOS.....	186
4. APLICACIÓN DE LOS EHS.....	187
4. 1. Preparación de los EHS.....	188
4. 2. Técnicas	189
5. VARIACIONES EN LA APLICACIÓN DE LOS EHS.....	193
5. 1. Entrenamiento grupales vs. individuales	194
6. CRITERIOS DE APLICACIÓN DE LOS EHS.....	194
6. 1. Tratamiento único vs. programa integrado.....	194

6. 2. Consideraciones en la aplicación.....	195
6. 3. Requisitos para la participación de los sujetos en el grupo.....	195
7. APLICACIONES.....	195

TEMA 16. TÉCNICAS DE *BIOFEEDBACK*

1. INTRODUCCIÓN.....	199
2. CONCEPTUALIZACIÓN.....	199
3. OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS.....	199
3. FACTORES QUE AFECTAN AL APRENDIZAJE MEDIANTE EL <i>BIOFEEDBACK</i>	200
3. 1. La forma de presentación de la señal de feedback.....	200
3. 2. Duración del entrenamiento.....	201
3. 3. Instrucciones.....	201
3. 4. Reforzadores.....	202
3. 5. Las diferencias individuales.....	202
4. TIPOS DE BF.....	202
4. 1. BF EMG (Electromiografía).....	202
4. 2. BF de RDE (Respuesta dermoeléctrica) o actividad electrotérmica.....	202
4. 3. BF de temperatura.....	203
4. 4. BF EEG (Electroencefalograma).....	203
4. 5. BF de la frecuencia cardíaca.....	203
4. 6. BF de volumen sanguíneo.....	203
4. 7. BF de la presión sanguínea.....	204
4. 8. BF Electroquinesiológico.....	204
4. 9. BF de presión.....	205
4. 10. BF de la erección del pene.....	205
4. 11. BF de los músculos del cérvix.....	205
4. 12. Otros tipos de BF.....	205
5. PROCEDIMIENTO.....	205
5. 1. Consideraciones generales.....	205
5. 2. Objetivos.....	206
5. 3. Sesión inicial (demostración).....	206
5. 4. Sesiones de entrenamiento.....	206
5. 5. Finalización del entrenamiento.....	207
6. AMBITOS DE APLICACIÓN DEL BF.....	207
7. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA EFICACIA DEL BF.....	212

TEMA 17. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

1. INTRODUCCIÓN.....	215
2. BASES TEÓRICAS.....	215
3. PROCEDIMIENTO.....	216
4. TÉCNICAS DE CE BASADAS EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE (CO).....	217
4. 1. Técnicas que disminuyen la frecuencia de aparición de una conducta.....	217
4. 2. Técnicas que aumentan la frecuencia de aparición de una conducta.....	219
5. TÉCNICAS BASADAS EN EL APRENDIZAJE SOCIAL.....	219
6. TÉCNICAS BASADAS EN EL AUTOCONTROL.....	220
7. OTROS PROCEDIMIENTOS ENCUBIERTOS.....	220
8. APLICACIONES.....	220

TEMA 18. TÉCNICAS DE CONTROL DEL ESTRÉS

1. INTRODUCCIÓN.....	221
2. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD (EMA)	222
2. 1. Bases teóricas y experimentales	222
2. 2. Procedimiento	222
3. LA INOCULACIÓN DE ESTRÉS (IE)	224
3. 1. Conceptualización	224
3. 2. Autoinstrucciones	224
3. 2. 1. Bases teóricas de las autoinstrucciones	224
3. 2. 2. Procedimiento en autoinstrucciones	226
3. 2. 3. Aplicaciones de las autoinstrucciones.....	227
3. 3. Bases teóricas de la IE	228
3. 4. Procedimiento	229
3. 4. 1. Orientaciones generales.....	229
3. 4. 2. Fases en el entrenamiento de inoculación de estrés.....	229
3. 5. Aplicaciones	232

TEMA 19. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO E INTENCIÓN PARADÓJICA

1. CONCEPTUALIZACIÓN	233
2. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO	233
2. 1. Introducción.....	233
2. 2. Bases teóricas	234
2. 3. Procedimiento	234
2. 4. Variantes de la técnica de parada de pensamiento.....	236
2. 5. Ámbitos de aplicación	236
3. INTENCIÓN PARADÓJICA (IP)	237
3. 1. Introducción.....	237
3. 2. Bases teóricas	237
3. 3. Procedimiento	238
3. 4. Variantes de la IP	242
3. 4. 1. Práctica masiva o práctica negativa	242
3. 4. 2. Programación de quejas o “tiempo basura”	242
3. 4. 3. Exposición al deseo de consumo (urge surfing). Marlatt y Gordon (1985)	242
3. 4. 4. Juego Paradójico	242
3. 5. Aplicaciones	243

TEMA 20. TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. INTRODUCCIÓN.....	245
2. BASES TEÓRICAS	246
2. 1. Conceptos	246
2. 2. Los objetivos	246
2. 3. Niveles de SP.....	246
2. 4. Las emociones en la SP.....	247
3. PROCEDIMIENTO BÁSICO	248
3. 1. Fases en el entrenamiento en SP	248
3. 2. Orientación general hacia el problema	248
3. 3. Definición y formulación del problema	249

3. 4. Generación de soluciones alternativas.....	249
3. 5. Toma de decisiones	250
3. 6. Puesta en práctica y verificación de la solución.....	250
3. 7. Ámbitos de aplicación.....	251
4. LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COGNITIVOS INTERPERSONALES de Spivack y Shure (1974)	251
5. LA CIENCIA PERSONAL	252
6. OTRAS VARIACIONES	252

TEMA 21. TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

1. INTRODUCCIÓN.....	253
2. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA-CONDUCTUAL (TREC).....	253
2. 1. Introducción histórica.....	253
2. 2. Bases teóricas.....	254
2. 3. Procedimiento	256
2. 4. Estilos del terapeuta en la TREC.....	258
2. 5. Técnicas de tratamiento utilizadas en la TREC.....	259
2. 6. Aplicaciones.....	260
3. LA REESTRUCTURACIÓN RACIONAL SISTEMÁTICA.....	260
4. TERAPIA COGNITIVA DE BECK	261
4. 1. Introducción histórica.....	261
4. 2. Bases teóricas.....	262
4. 2. 1. Los esquemas cognitivos.....	262
4. 2. 2. Pensamientos automáticos	263
4. 2. 3. Distorsiones cognitivas.....	263
4. 3. Procedimiento	265
4. 3. 1. Características del terapeuta cognitivo	265
4. 3. 2. Fases en la terapia cognitiva	265
4. 4. Técnicas adicionales	267
4. 4. 1. Técnicas conductuales.....	267
4. 4. 2. Técnicas cognitivas	268
4. 4. 3. Técnicas para aliviar los síntomas afectivos	270
4. 4. 4. Otras técnicas	271
4. 5. Aplicaciones.....	271
5. TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS, DE YOUNG	271

TEMA 22. EL LENGUAJE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

1. INTRODUCCIÓN.....	275
2. MILTON ERICKSON.....	275
2. 1. Supuestos de su modelo	275
2. 2. Características del estilo terapéutico de Erickson.....	275
2. 3. El proceso hipnótico de Erickson.....	276
2. 4. Legado de la obra de Erickson.....	276
2. 5. El lenguaje	276
2. 6. Las sugerencias.....	277
2. 7. Algunas sugerencias indirectas	277
3. PROGRAMACIÓN-NEURO-LINGÜÍSTICA (PNL)	279
3. 1. Surgimiento del PNL	279
3. 2. Definición, objetivos y aplicaciones de la PNL.....	279

3. 3. Presupuestos de la PNL	280
3. 4. Investigaciones en PNL.....	282

TEMA 23. NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DE LA INTERVENCIÓN

1. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	283
2. LA REALIDAD VIRTUAL COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA	284
2. 1. Delimitación conceptual y características	284
2. 2. Aplicaciones de la realidad virtual	284
2. 3. Ventajas y limitaciones del uso de la realidad virtual	286
3. EL SISTEMA “EMMA”.....	286
3. 1. Introducción.....	286
3. 2. “El mundo de EMMA” en el caso del TEPT	286
3. 3. Otras aplicaciones de “El mundo de EMMA”	288

TEM 24. TERAPIAS DE TERCERA GENERECIÓN

1. INTRODUCCIÓN	289
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	290
3. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO	291
4. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL.....	294

PREGUNTAS DE EXAMEN	301
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	394

TEMA
1**HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA****1. EL MUNDO CLÁSICO**

El origen de la psicoterapia actual hay que situarla en Grecia y mundo Clásico (**Pregunta PIR**) donde surge el pensamiento racional, y con él, la tradición filosófica y la tradición médica.

La **palabra** fue utilizada en Grecia con fines curativos. A la palabra persuasiva se le llamó “**ensalmo**”. En la obra de Platón aparecen observaciones sobre pasiones, los sueños y el inconsciente, que parecen antecedentes del pensamiento de Freud. Así pues, esta tradición filosófica aporta a la psicoterapia una concepción racional y un conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional del ser humano predomine sobre la pasional/animal. Este criterio valorativo se encuentra estructurado en torno a 2 doctrinas éticas:

- La **Aristotélica**, que intenta hacer explícitos los principios que deben regir una vida feliz, instaurando la doctrina de “**in medius virtus**”, que ha prevalecido hasta nuestros días. Y argumenta que toda acción es fuente potencial de placer si se ejerce conforme a la naturaleza del ser que la realiza, en el caso del hombre, es la **virtud**, que reside en el justo medio de dos extremos viciosos.
- La **Estoica**, más radical, que consiste en prescindir de las pasiones por considerarlas irracionales y como representaciones falsas de las cosas por lo que pueden conducir a la enfermedad del alma. Aprendían a controlar las pasiones por medio de ejercicios escritos y verbales de concentración y meditación.

En Grecia también podemos adjudicar las raíces de la tradición médica occidental. La emergencia del pensamiento racional introdujo cambios notables en la clasificación de las enfermedades y la conducta anormal:

- **Hipócrates** (S. IV a. C.) sistematizó conocimientos de fuentes diversas, localizando las enfermedades en los estados internos del organismo, postulando la existencia de cuatro **humores** (Sangre, Bilis Amarilla, Bilis Negra y la Flema) cuyo equilibrio correspondía a la salud. La curación se consideraba obra de la naturaleza, y la función del médico era ayudar a la naturaleza en su lucha por restablecer el equilibrio.
- **Galeno** desarrolló los esquemas básicos de la medicina hipocrática, distinguiendo entre cosas **naturales**, cosas **preternaturales** (en contra de la naturaleza, la enfermedad, sus causas y sus síntomas), y cosas **no naturales** (no pertenecen a la naturaleza humana, y que pueden ser causas externas de la enfermedad, constituyendo la base de la terapia). La “enfermedad” es una disposición preternatural del cuerpo por el que se alteran las funciones vitales. Distinguía entre **pasiones sanas** (competencia de la moral) y **pasiones enfermizas**, para las que reclamó la medicina, acudiendo a la razón para curarlas, aconsejando la serenidad y la imposición de un tutor.

2. LA EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO

Durante la **Edad Media** la iglesia jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, el diablo. Por lo que los tratamientos iban desde la oración hasta la hoguera, la tortura o el exorcismo.

La vida interior se origina con la **doctrina neotestamentaria**, según la cual, el hombre, puede pecar tanto con su conducta como con su corazón. La implantación de esta doctrina cambia la concepción del hombre, que se ve como una realidad emergente de la nada dotada de un centro cuasidivino por el que puede deificarse o pecar.

Aspectos importantes para la psicoterapia desde esta filosofía medieval:

- Los recursos para comunicarse con Dios, especialmente la confesión, que ahora se vuelve vehículo de expresión y configuración de la vida interior.
- Los recursos para evitar el pecado, cultivados especialmente por las órdenes religiosas.

Algunos personajes importantes en esta época son:

✗ **San Agustín** (354 –430): **Último gran filósofo clásico y primer gran filósofo cristiano**. Sus opiniones dominaron la filosofía medieval hasta el año 1300. En su pensamiento se combinan concepciones Estoicas, Neoplatónicas y Cristianas. Fue el **representante más destacado de la orientación Neoplatónica**. S. Agustín tan sólo **quería conocer a Dios y el alma** y empleó la fe cristiana en la justificación de su creencia:

- El alma podía ser conocida mediante la **introspección**.
- Conocer el alma equivaldría a conocer a Dios.
- El alma es la representación de Dios dentro de uno mismo.

✗ **Santo Tomás de Aquino** (1225-1274: Intentó reconciliar el **naturalismo científico** de **Aristóteles** con las enseñanzas de la iglesia – **síntesis entre fe y razón**. **Rechazó la tradición platónico-agustiniana** que defendía un **dualismo radical alma-cuerpo**:

- Una persona es una totalidad integrada por una mente más un cuerpo.
- Defendió su filosofía aristotélica destacando la **idea de la resurrección**, el momento en el que el alma y el cuerpo estarían unidos para siempre.
- Adoptó un **empirismo** coherente, la mente humana tan sólo puede tener conocimiento directo de aquello que haya estado alguna vez en los sentidos, ya que **no existen las ideas innatas**.

✗ **Melchor Cano** “*El tratado de la victoria sobre sí mismo*” recomienda evitar aquellas cosas que nos apartan de una vida recta, y propone **retiros espirituales** periódicos, en donde se observan antecedentes claros de técnicas terapéuticas (autoobservación, detección pensamientos automáticos, construcción de jerarquías y fomento de pensamientos alternativos). Sin embargo, estos no van más allá de ser un conjunto de remedios parciales. Para Cano, la naturaleza humana es débil y no puede cambiar, todas sus recomendaciones se resumen en una: “**perseverancia**”.

✗ **Ignacio de Loyola** (1491-1556): parte de la firme creencia de que es posible cambiar, para lo que propone sus **ejercicios espirituales**, que desde la psicoterapia es destacable la utilización de jerarquías, la disociación, la imaginación mental, la comparación y, sobre todo, el nivel de estructura y especificidad.

Con la llegada del **Renacimiento** se va abandonando la idea de que la enfermedad mental como una posesión diabólica, así, se distinguía entre los que habían perdido la razón por influencia del demonio, y los que la habían perdido por un desorden mental.

✗ **Gassner** distingue entre las “enfermedades naturales” (cosa de los médicos) y las “enfermedades preternaturales” (cosa del demonio), sobre las que él tenía competencia (**Pregunta PIR**).

✗ **Ellenberger** ha mostrado que el exorcismo en una práctica bien estructurada.

Paralelamente a la existencia de prácticas de este tipo se va produciendo la progresiva humanización de la enfermedad mental.

3. LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA Y LA ÉPOCA DE LA RAZÓN (SIGLO XVII Y XVIII)

📌 René Descartes (1596-1650)

El pensamiento de Descartes:

- Concepción **mecanicista** del mundo: **leyes deterministas y matemáticas**.
- Concepción **dualista** de los seres humanos (mente-cuerpo son entidades absolutamente distintas).
- Replanteó el **Racionalismo de Platón: innatismo**.
- A partir de su obra, la **introspección** se convierte en el principal instrumento filosófico tanto del racionalismo como del empirismo: se puede **conocer la mente a través de la introspección**.
- Su filosofía desembocó en la idea de la **psicología entendida como el estudio de la conciencia** e hizo de la **búsqueda del autoconocimiento** un elemento importante.
- **Descartes** creó un marco de pensamiento en torno a la mente y el cuerpo, que dio como resultado el nacimiento de la Psicología tal y como la conocemos en la actualidad, en el seno de una visión del mundo cristiano, profundamente modificada por la Reforma y que había sufrido además una importante reorganización tras la Revolución Científica.

La iglesia católica medieval y las iglesias paganas fomentaron la **ortopraxia** (práctica correcta de la religión) en vez de alentar la **ortodoxia** (creencias religiosas adecuadas). Las nuevas iglesias protestantes de la **Reforma** le restaron importancia al ritual, exigiendo a sus seguidores sinceridad en sus creencias. La iglesia católica respondió con la **Contrarreforma**, imponiendo la sumisión personal interna de los fieles.

Descartes estuvo relacionado con un **círculo de católicos reformistas** liderado por el científico y teólogo **Marin Mersenne** (1588-1648). Preocupados por el **naturalismo renacentista** inauguraron y defendieron una **visión mecánica del universo**. Descartes consideraba a los **animales como máquinas** cuyas operaciones podían ser explicadas en forma de procesos físicos sin necesidad de recurrir a fuerzas vitales de ninguna clase. Según Descartes, **el alma humana** se distingue de las funciones del cuerpo animal porque **posee el poder de pensar**. El pensamiento se utiliza para separar a los humanos de los de los animales en tres importantes facetas:

- **Experiencia:** el pensamiento determina que la experiencia humana sea diferente de la experiencia animal. Los animales son conscientes de su entorno, **conciencia simple (hábitos simples)**. Los animales no tienen pensamiento consciente, esto es, carecen de **pensamiento reflexivo sobre su propia conciencia (autoconciencia)**.
- **Comportamiento:** el pensamiento permite que **el comportamiento humano sea más flexible** que el comportamiento animal. Los seres humanos podemos responder ante situaciones completamente nuevas aplicando sobre ellas el pensamiento. Los animales necesitan alguna disposición para cada acción particular, son como máquinas que siempre **responden de forma refleja**.
- **El lenguaje:** es **exclusivo del ser humano** y es un elemento crucial de la **autoconciencia** humana. **Propuso la existencia de un lenguaje innato en la mente humana**. Las lenguas con las que nos comunicamos son traducciones externas de ese lenguaje mental (ideas que defendió Noam Chomsky en la década de los 60 del S. XX).

📌 John Locke (1632-1704)

Locke fue considerado el padre del empirismo, puesto que planteó el principio empírico según el cual **el conocimiento deriva tan solo de la experiencia**. Propuso la **comparación mente-tabula rasa** o trozo de papel en

blanco sobre el que **la experiencia escribe las ideas**. Se opuso a los principios o virtudes morales innatas, consideradas el fundamento de la moralidad cristiana, por considerarlos el sustento del dogmatismo.

No existen ninguna diferencia entre Locke y Descartes en torno a las ideas innatas. Hay una gran cantidad de maquinaria mental innata activa en la “mente vacía” de Locke. Para Locke **la mente** no era tan solo una estancia vacía, sino un **complejo mecanismo de información-procesamiento preparado para convertir el material procedente de la experiencia en conocimiento humano organizado**.

✂ **Thomas Hobbes (1588-1669)**

Hobbes fue el primero en comprender y expresar la **nueva visión científica de los seres humanos** y de su lugar en el universo. Su doctrina psicológica considera que **el lenguaje y el pensamiento están estrechamente relacionados y son quizás incluso idénticos**. En su trabajo más importante, **Leviathan**, **identificó el pensamiento correcto con el uso adecuado del lenguaje**.

Este autor asume que todos los seres humanos han sido creados con parecidas capacidades mentales y físicas (principio del liberalismo moderno), pero, si no hubiera gobierno, cada persona buscaría su interés personal por encima de sus semejantes

✂ **David Hume (1711-1776)**

La aportación más importante realizada por **Hume** a la ciencia de la naturaleza humana fue la doctrina de la **asociación de ideas**. Autores como **Platón, Aristóteles, Hobbes, Berkeley**, e incluso **Locke** ya habían utilizado el concepto de **asociación** de forma limitada. **Hume** hizo uso de este concepto para investigar cuestiones fundamentales de carácter filosófico y psicológico, siendo la **principal herramienta teórica de su nueva ciencia**.

Para **Hume** sólo existen tres **principios de conexión** entre ideas:

- **Semejanza**.
- **Contigüidad**.
- **Causalidad** (causa-efecto).

Estos tres principios son los únicos eslabones **que unen todas las piezas de universo y que nos conectan con cualquier persona u objeto externo**, al menos en lo que respecta a la mente. Para Hume la **asociación** es una **forma de atracción** que tiene unos efectos en el mundo mental tan extraordinarios como en el mundo natural y las **leyes de la asociación** son el **cemento del universo**.

En la obra de Hume podemos identificar los **primeros indicios** de la psicología de la adaptación. **El conocimiento humano consiste tan sólo en hábitos**. Por otro lado, destacó el **conocimiento práctico del mundo cotidiano**, que nos permite **adaptarnos al entorno**, como harían posteriormente los norteamericanos postdarwinistas y los psicólogos británicos. **Aceptó la continuidad existente entre el hombre y los animales**, al igual que los psicólogos posteriores a Darwin, especialmente **los conductistas**.

Hume también resalta la **vertiente emocional, o motivacional**, del hombre, de la misma forma en que lo harían posteriormente **Freud** o los **conductistas**.

✂ **Immanuel Kant (1724-1804)**

Para Kant, a diferencia de Hume, la causalidad no puede venir determinada por los **hábitos**, sino que **debe proceder de algo inherente al pensamiento humano**.

Según Kant, **la psicología definida como el estudio introspectivo de la mente, no podría llegar a convertirse en ciencia** por dos razones:

- **Nunca podrán cuantificarse el número suficiente de aspectos de la conciencia** como para que fuera posible elaborar ecuaciones newtonianas sobre la mente.
- Toda ciencia debe contar con dos partes: la empírica y la racional (bases filosóficas). **A la psicología le falta la parte racional ya que su objeto era el alma** o ego trascendental que es pensamiento puro, sin contenido (no experimentamos el alma de modo directo), tan sólo **tiene existencia noumérica y no fenoménica**.

✎ Philippe Pinel (1745-1826)

Pinel (1789) introduce el **tratamiento moral (*Pregunta PIR*)** el que constituye un paso importante hacia la **humanización de la enfermedad mental**. Este movimiento respondía a:

- La reforma de la asistencia psiquiátrica que siguió a la revolución.
- Una concepción optimista de las enfermedades mentales, que veía en las pasiones las causas más importantes de la locura.

Pinel recomendaba que los centros donde se practicara este tratamiento fueran pequeños y se animaba al personal a que conociera los problemas del enfermo. Otra recomendación importante por parte de Pinel es el ejercicio y contacto con la naturaleza. A pesar de todo, este tratamiento era más humanitario que psicoterapéutico.

4. LA FUNDACIÓN DE LA PSICOTERAPIA (XIX)

La psicoterapia aparece durante el último cuarto del S. XIX, cuando la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis.

La **hipnosis** representa el vínculo de unión entre las curaciones pre-psicológicas de la antigüedad y el psicoanálisis. La historia moderna de la hipnosis comienza con el **magnetismo animal** de **Helmont** (1577- 1644) según el cual, existe un fluido al que la voluntad puede guiar para influir en la mente y en el cuerpo. Para **Mesmer** (1734-1815) existe un fluido físico, cuyo desequilibrio en el cuerpo origina la enfermedad (***Pregunta PIR***), con la ayuda de ciertas técnicas (magnéticas, baquet, etc.) este fluido puede canalizarse, almacenarse y transmitirse a otras personas, provocando crisis en los pacientes y curando enfermedades. Este autor llegó a organizar sus tratamientos como terapias grupales. Obtuvo muchos éxitos, sobre todo con pacientes histéricos. Entre los seguidores de Mesmer se produjo una escisión:

- Los **fluidistas ortodoxos**, que atribuían los poderes curativos a la existencia del fluido magnético.
- Los **animistas**, seguidores de **Puységur**, que sostenían que los poderes curativos tenían que ver con el poder psicológico de la fe (“creer y querer”). Este autor es el primero en describir la primera amnesia posthipnótica. **Braid** acuñó el término **hipnosis (*Pregunta PIR*)** para estos fenómenos e intentó ofrecer una explicación científica utilizando la neurofisiología de su tiempo, y presentándola como un “estado de sueño nervioso”.

Los **centros en los que surgió la hipnosis** fueron:

- La **escuela de Nancy**:

- **Liébault** (1823-1904) comenzó a tratar a sus pacientes con todo tipo de enfermedades mediante la hipnosis.
- **Bernheim** (1840-1919) introdujo los métodos de Liébault en la clínica universitaria. Para él, la hipnosis era producto de la sugestión, entendida esta como la aptitud para transformar una idea en acto. Poco a poco fue prescindiendo de la hipnosis, asegurando que sus resultados también se podían alcanzar mediante la **sugestión en estado de vigilia**, procedimiento que la escuela de Nancy denominó psicoterapia.

– La **escuela de Salpêtrière**:

- **Charcot** (1825-1893): neurólogo que comenzó a estudiar la histeria y el hipnotismo. Sugirió que en las histéricas la condición hipnótica se presentaba siguiendo 3 etapas: **letargo**, **catalepsia** y **sonambulismo**. Sostenía que la susceptibilidad hipnótica era un signo de degeneración neurológica. Estableció una diferenciación entre histeria y epilepsia.
- **P. Janet**: en 1886 realiza la primera cura catártica en la historia, el caso Lucile.

Hacia el final de S. XIX, el término psicoterapia se utilizaba para dar referencia al tratamiento por sugestión, convirtiéndose en el término aceptado para todos los métodos de curación por medio de la mente.

Por su lado, **Breuer** (1842-1925) fue otro autor que contribuyó al establecimiento de la psicoterapia, moderna, este autor ha pasado a la historia por el tratamiento que llevó a cabo con Bertha Papeinheim ("Ana O"), con el que descubrió el método catártico (**Pregunta PIR**) a partir del cual Freud desarrolló el psicoanálisis.

Freud (1856-1939) comenzó a aplicar la hipnosis con pacientes histéricos, el procedimiento era similar al utilizado en la escuela de Nancy. Según su primera teoría la **sugestión hipnótica** actúa reforzando el deseo o la voluntad consciente.

El **método catártico** consistía en ayudar al paciente a revivir y descargar las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos, aumentando la esfera consciente del cliente. Para que este procedimiento fuera eficaz, los recuerdos tenían que revivirse con toda intensidad afectiva y con el mayor detalle.

5. EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA (siglo XX)

A finales del S. XIX y principios del S. XX, algunos psicólogos académicos-experimentales comienzan a interesarse por **problemas sociales prácticos**.

- En Alemania, la psicología académica y teórica se desligó del resto de la Psicología (Wundt y Titchener).
- En EEUU se desarrolló una psicología profesional orientada a la resolución de los problemas prácticos de sus clientes. Pero el alejamiento entre clínicos y académicos no se hizo patente hasta que las tareas profesionales dejaron de estar en manos de los académicos.

El psicoanálisis tiene un papel importante en el auge de la psicología clínica después de la Primera Guerra Mundial, debido a la insatisfacción reinante en relación con el enfoque psicométrico. El psicoanálisis ofrecía un saber operativo y comprensivo, científico y tecnológico, que facilitó el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas.

- En la **década de los 30** se popularizan en EEUU los **test proyectivos**, basados en la concepción dinámica de la personalidad. En este contexto aparecen también las primeras obras americanas sobre la personalidad.

- En los **años 40** se produce una gran aproximación e intento de integración entre el psicoanálisis y la psicología experimental-académica a la mano de autores como **Dollard, Miller, Mowrer, Spencer**, etc. (*Pregunta PIR*).

Con la Segunda Guerra Mundial se aumenta el interés por la psicología práctica, lo que llevó al reconocimiento definitivo de la dimensión terapéutica de la psicología clínica. En 1949, en la Conferencia de Boulder se configuró el modelo de psicólogo clínico (**modelo del psicólogo-practicante**). El modelo subraya que el psicólogo clínico debe recibir formación en 3 áreas: diagnóstico, investigación y terapia. En la Conferencia de Boulder, los psiquiatras en respuesta a estos planteamientos se apresuran en definir la psicoterapia como un tratamiento médico, exclusivo de los psiquiatras, así, los psicólogos pretenden a su vez defender sus competencias y promueven aún más el carácter científico de la psicología, eliminando el psicoanálisis de los planes de estudio por no cumplir con los requisitos del método científico. Al mismo tiempo, habían aparecido otros enfoques terapéuticos como es el caso del conductismo, siguiéndole otros modelos terapéuticos que siguen en la actualidad (psicología humanista, cognitivismo, sistémica, etc.).