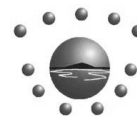




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Centro Universitario UAEM Zumpango

PROTECYO DE TITULACIÓN, MODALIDAD TESINA:

**La psicoterapia cognitivo conductual y algunas
terapias alternativas complementarias (Propuesta de
intervención).**

NOMBRE DEL ALUMNO:

Cristina Margarita Fernández De Lara Calderón

ASESOR Y REVISOR:

Susana Martínez Ávila y Elizeth González

Estado de México

Agosto 2013

DEDICATORIA:

Agradezco infinitamente a mis revisores y asesores por la paciencia, el enriquecimiento e instrucciones brindadas; definitivamente abrieron en mis razonamientos nuevas visiones y conocimientos de los grandes alcances que nuestra hermosa, satisfactoria y hasta compleja profesión enmarca.

Con todo el amor y esfuerzo que dicha investigación significa para esta servidora, permito expresar la fuerte gratitud que merecen tanto mis padres, como mis buenos amigos, mi esposo, mi hermosa hija, así como los que estén por venir, ya que ellos son la fuente de toda mi inspiración y sentido de ser; porque en verdad cada día van convirtiéndose en mis grandes maestros, los amo con toda mi esencia y confié en que cada vez vayamos siendo mejores.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Justificación.....	3
Introducción.....	7
Metodología.....	8
Objetivos.....	9
I La terapia cognitivo conductual (TCC).....	10
1.1.1 Concepto.....	11
1.1.2 Antecedentes.....	12
1.1.3 Ideología.....	13
1.1.4 Estructura.....	14
1.1.5 Técnicas.....	25
1.1.6 Otras técnicas.....	32
II TERAPIAS ALTERNATIVAS	
Terapia Bioenergética.....	36
2.1.1 Concepto.....	36

2.1.2	Antecedentes.....	38
2.1.3	Ejercicios.....	41
2.2 Flores de Bach		
2.2.1	Concepto.....	43
2.2.2	Antecedentes.....	44
2.2.3	Estructura.....	46
2.3 Aromaterapia.		
2.3.1	Concepto.....	49
2.3.2	Antecedentes.....	50
2.3.3	Técnicas.....	51
2.4 Terapia de Campo Mental de Callahan (TCM)		
2.4.1	Concepto.....	53
2.4.2	Antecedentes.....	54
2.4.2	Estructura.....	56
2.4.4	Protocolo.....	63
III Propuesta de intervención.....		65

IV Conclusión.....	79
---------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo 1.....	83
Anexo 2.....	84
Anexo 3.....	85
Anexo 4.....	87
Anexo 5 a.....	89
Anexo 5b.....	90
Anexo 6.....	91
Anexo 7.....	92
Anexo 8.....	96
Anexo 9.....	101
Anexo 10.....	103
Anexo 11.....	104
Bibliografía.....	108

Resumen

En la presente investigación, se da una introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC) desde la perspectiva de Ellis y Beck; así como la de algunas técnicas alternativas complementarias para el tratamiento psicológico; como son, la bioenergética, la Técnica de Campo Mental de Callahan, Flores de Bach y Aromaterapia.

Así mismo, se plantea la necesidad de generar nuevas estrategias de trabajo en el ámbito de la Psicología, de acuerdo a las necesidades sociales de la actualidad, poniendo énfasis en los problemas relacionados a tiempo, espacio y economía.

Los antecedentes de la psicoterapia cognitivo conductual, parecen demostrar que es un tratamiento efectivo, permanente y preventivo, por los cambios que puede generar en los patrones de conducta, aunque también hay que considerar la posibilidad de que en el hombre comúnmente existe el miedo al cambio, por lo que el uso de algunas terapias alternativas se muestra como una buena opción para generar aceptación, debido a que dichas terapias, tienen la cualidad de brindar un rápido control emocional; por lo que en esta investigación se pretende demostrar los resultados que se pueden obtener al alternar dichas herramientas de trabajo dentro de un tratamiento psicológico.

PALABRAS CLAVE: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Bioenergética, Terapia de Campo Mental de Callahan y Terapia de Flores de Bach Aromaterapia.

Abstract:

In the present research, to give an introduction to cognitive behavioral psychotherapy (CBT), from the perspective of Ellis and Beck; as well as some complementary alternative therapies for psychological treatment; such as bioenergetic therapy, the Thought Field therapy (TFT) of Callahan, Bach flower therapy and aromatherapy.

Also, there is a need to generate new work strategies in the field of psychology, according to the social needs of the present, with emphasis on the problems related to time, space and economy.

The history of cognitive behavioral psychotherapy, seem to show that it is an effective, permanent and preventive, by changes that can generate patterns of behavior, but we must also consider that in man there is often fear of change therefore, the use of some alternative therapies is shown as a good option to generate acceptance, because these have potential to provide a rapid emotional control, so in this research is to demonstrate that results can be obtained by working alternating these tools work within a psychological treatment.

KEY WORDS: Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), therapy bioenergetics, Thought Field therapy (TFT) of Callahan, Bach flower therapy and aromatherapy

Justificación

La presente investigación, surge con la necesidad de crear nuevas alternativas para el tratamiento psicológico clínico, basándose en las necesidades de nuestra sociedad moderna; retomando autores como Berman (2004), quien en su obra *Todo lo sólido se desvanece en el aire*, enuncia que la modernidad ha traído muchos desarrollos tecnológicos y científicos, pero que a su vez, también ha desencadenado demasiados problemas sociales. Muchos más autores, como por ejemplo, Durkheim, E. (2003), Habermas, J. (2008), Riso, W. (2004) Bauman, Z. (2005), considera que a partir de la industrialización se obtuvieron pros para la economía, por la apertura de la exportación; asumiendo inevitablemente los contras, como que ante la necesidad de producciones en masa, se tuvo que reemplazar a los empleados por máquinas, dando como resultado grandes niveles de desempleo, que a su vez provocaron infinidad de problemas sociales que aun emergen en nuestros tiempos; por ejemplo, las grandes distancias a recorrer para llegar al trabajo, los bajos sueldos, la carencia de tiempo para dedicarse tanto a sí mismo como a la familia, altos índices de delincuencia, más el aumento en las adicciones, utilizado en su mayoría de las veces, como un método de escape, ante tanta problemática.

Ante las dificultades de recreación, van surgiendo en nuestra cultura, el gran problema de la anomía, que Girola, L (2005), describe, como individualismo o aislamiento social; situación ya muy cotidiana en nuestros días; que va desplazando el contacto personal, por el contacto a través de los medios de comunicación, como son por medio del teléfono, la radio, el internet, la televisión etc.

Actualmente, la televisión pública, transmite programas de nuestros vecinos los norteamericanos, que en general son los que mayormente cubren el mercado y que a su vez generan gran influencia en la población más vulnerable, es decir, los niños, adolescentes y adultos jóvenes. En el caso de la televisión nacional;

no se presta demasiada atención, con respecto a lo que presenta, desgraciadamente la mayoría de las veces, proyecta ideologías irreverentes, tontas, que no fomenta la intelectualidad, o transmisión de conocimientos relevantes para la vida.

Y Por si fuera poco, los programas transmitidos pertenecientes a otros países, mayormente se dedican a influenciar a la población joven, con ideas de consumismo, referentes a moda, música, ideologías estadounidenses; circunstancia, que va impactando de manera consciente o inconsciente, con probabilidad de generar un panorama de insatisfacción, de acuerdo a la dificultad que existe por obtener objetos enmarcados como actuales o de moda, vistos como una necesidad, que usualmente vienen acompañados con imágenes referentes a la sexualidad, donde se presenta la ideología de ver al cuerpo humano, en especial el del sexo femenino, como objeto meramente sexual, consumista y sin interés por el desarrollar el intelectual; prestando mayor atención al aspecto físico, despertando un interés precoz ante la experiencia sexual, a su vez dando pie a los crecientes casos de embarazos no deseados en adolescentes, entre muchos más problemas que enmarca esta falta de respeto ante el género femenino.

Así se puede continuar desglosando más problemas sociales, económicos y culturales generados a partir de la modernidad y la globalización, que en vez de cesar, pareciera que día a día siguen incrementándose, como por ejemplo, con la aparición de los famosos problemas referentes a las llamadas redes sociales, que van demostrando dan pie a los secuestros, la trata de personas, el bullying, etc.

En conclusión, toda esta variedad de problemas de la vida material, han generado a su vez problemas a nivel espiritual o existencial, desencadenando el surgimiento de trastornos, como la depresión y su consecuente que es el suicidio, así como también los trastornos de ansiedad, como el trastorno

obsesivo compulsivo, las fobias, trastornos sexuales; hasta el incremento en los índices de criminalidad, todo esto a raíz de la gran insatisfacción que suele provocar la carencia de tiempos y espacios para recrearse y relajarse, así como la economía en que se vive.

El Psicólogo clínico, día a día, tiene que enfrentarse a todos estos problemas sociales, por lo que parece relevante generar nuevas alternativas de tratamientos, que tanto estén al alcance de las personas, como que proporcionen tratamientos rápidos, funcionales, eficaces y hasta preventivos, de acuerdo a las necesidades actuales de la población. Es así como la psicoterapia cognitivo conductual, se muestra como una excelente alternativa, porque ha tendido a irse actualizando y evolucionando; creando estrategias de aprendizaje, para que el paciente se adapte y/o modifique sus conductas de acuerdo a circunstancias específicas; dicho tratamiento tiene como finalidad generar pronto resultados, que sean duraderos y también preventivos ante el desarrollo de nuevos problemas, todo esto para ayudar al paciente a llevar una vida más sana, coherente y enfocada a su autorrealización.

Teniendo en cuenta que la psicoterapia cognitivo conductual únicamente es funcional, si los pacientes tienen aceptación al cambio, es que surge la iniciativa alternar el uso de esta, con algunas terapias alternativas, como son, terapia bioenergética, terapia de campo mental de Callahan, flores de Bach y aromaterapia; con el fin de que ante el uso de estas, se genere una mayor aceptación a cambiar, para trabajar con el eje central de dicha psicoterapia, que es la modificación en patrones de conductas no benéficas de las personas, es decir ayudar a identificar y remplazar las ideas irracionales o disfuncionales por otras que sean más funcionales o racionales, que permitan al paciente continuar desarrollándose de una mejor manera. También las terapias alternativas, cumplen una excelente función con respecto a enfrentarse a casos de pacientes que denoten tener ideas muy arraigadas, que por lo regular son

muy tardadas y complicadas de modificar al trabajarse únicamente con la psicoterapia.

De acuerdo a todo lo ya mencionado, esta investigación, pretende tener grandes alcances a nivel social, por la funcionalidad que se puede llegar a alcanzar ante la utilización de una fuerte teoría psicológica, complementándola con algunas terapias alternativas que proporcionen por su conjunción un tratamiento muy completo, que goce de funcionalidad y formalidad.

Esta investigación, puede ser considerada innovadora, debido a que en las universidades de gobierno, tanto del Distrito Federal, como del Estado de México, como son UAEM, UNAM, UAM y el IPN, que cuentan con la licenciatura de Psicología, no hay investigaciones de este tipo; sí existen algunas basadas en otras corrientes psicológicas que alternan su uso con algunas terapias alternativas, pero no con respecto a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC); por lo que pudiera parecer relevante para el Centro Universitario Uaem Zumpango; para dar mayor importancia de dichas temáticas en su estructura curricular, debido a que en el desarrollo académico de la licenciatura de Psicología generación 2004 - 2008, el plan de estudios permitía que se vieran varios tipos de corrientes psicológicas, pero de manera muy breve, por la gran cantidad de estas, y únicamente en las asignaturas como *Teorías de la Psicología* y *Modelos de Intervención Psicoterapéutica*, se abarco muy superficialmente *la Terapia Cognitivo Conductual moderna, así como las técnicas alternativas*, situación poco benéfica para los colegas universitarios, ya que actualmente dicha corriente psicológica, está demostrando tener muy grandes alcances a nivel mundial en el área de la Psicología Clínica.

Introducción

Principalmente esta investigación proporciona una introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC), así como algunas terapias alternativas complementarias como son, la terapia Bioenergética, la terapia de Campo Mental de Callahan, las Flores de Bach y la aromaterapia; lanzando una propuesta de intervención basada en alternar el uso de TCC con las terapias alternativas ya mencionadas.

Ellis, A. Leonor I. Lega y Vicente E. Caballo (2002), mencionan que existen diversos tipos de terapias cognitivo conductuales (TCC); por ejemplo, la terapia racional emotiva, creada por Ellis (1962), la modificación cognitivo – conductual de Meichenbaum (1977), la terapia multimodal de Lazarus (1976), así como las contribuciones de Mahoney (1991), Vittorio Guidano y Giovanni Liotti (1983), Arnkoff y Glass (1992) y Hollon y Beck (1993). Todos los autores mencionados, consideran como punto principal para la TCC, ayudar al paciente a identificar y modificar o remplazar las conductas irracionales o disfuncionales, que no benefician y entorpecen el desarrollo personal.

En específico, esta investigación, se basa en cuatro autores de la TCC, quienes son, Ellis, A. Beck, A. y Beck, J., que retoma a su padre y Riso, W., que retoma el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) y lo adecua como método para generar parámetros de evaluación en la TCC. Se retoma a dichos autores, por considerarlos recientes y complementarios en cuanto al desarrollo conceptual que generaron.

Esta investigación es una propuesta de intervención que toma como base a la terapia cognitivo conductual y que se complementa con las terapias alternativas ya mencionadas, que tienen la finalidad de fomentar la aceptación al cambio y minimizar los síntomas que pudieran desencadenarse durante el tratamiento.

Metodología

La investigación es de tipo inductiva, con un método de tipo cualitativo, debido a que solamente se da una propuesta de intervención basada en la terapia cognitivo conductual y algunas terapias alternativas complementarias, sin dar porcentajes de efectividad del dicho tratamiento, pero otorgando una valiosa herramienta de trabajo para el desarrollo de la labor clínica, de acuerdo a las necesidades de actualidad, correspondientes a (economía, de tiempo y problemas de tipo existenciales, como las subyacentes a estas.)

Consta de dos partes:

La primera consiste una investigación de tipo histórica – analítica, ya que se retoman los antecedentes, el desarrollo y la forma actual de trabaja con la TCC, así como lo referente a las técnicas alternativas ya señaladas con su adecuación a los problemas psicológicos de la actualidad.

La segunda reside en una investigación de tipo descriptiva, debido a que se lanza una propuesta de intervención, que muestra paso a paso como ir intercalando el uso de la TCC, con el de las terapias alternativas complementarias las ya mencionadas y la funcionalidad que esto puede otorgar.

Objetivo General:

Diseñar una propuesta de intervención clínica, de acuerdo a la metodología de la terapia cognitivo conductual, alternando su uso con algunas terapias alternativas complementarias, como son Bioenergética, Técnica de Campo mental de Callahan, flores de Bach y aromaterapia.

Objetivo Particular:

Explicar los beneficios que conlleva el alternar el uso de la Terapia cognitivo conductual con algunas terapias alternativas complementarias, como son Bioenergética, Técnica de Campo mental de Callahan, flores de Bach y aromaterapia.

I. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Ellis, A. Leonor I. Lega y Vicente E. Caballo (2002), consideran que existen diversos teóricos que han desarrollado numerosas formas de terapia cognitivo – conductual (TCC); como por ejemplo: Ellis, A (1962), Beck, A. (1993), Beck. J (2000), quien retoma a su padre y Riso. W. (2004), quien retoma a los autores ya señalados.

En esta investigación, se retoman dichos autores, el primero, por ser uno de los pioneros de las TCC y a los demás por mostrar compatibilidad, funcionalidad, fiabilidad y complementación en el desarrollo de sus teorías y técnicas.

1.1.1 Concepto

Ellis, A. (2002), describe a la terapia racional emotivo conductual (TREC), como un modelo terapéutico, que relaciona el pensamiento, el sentimiento y la conducta; considerando la cognición como un aspecto fundamental en la creación y tratamiento de trastornos psicológicos.

Beck, A. (1999), considera a la TCC, como un sistema de psicoterapia, que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones.

Ambos autores en sus conceptos, consideran a la TCC, como un modelo psicoterapéutico que enfoca gran parte de su atención en las reacciones emocionales, debido a que estas, comúnmente son las que desencadenan tanto conductas funcionales y racionales, como disfuncionales o irracionales, que son aspectos que afectan en la manera de relacionarse con los otros.

Al hablar de conductas funcionales o racionales, se hace referencia a aquellas conductas que ayudan al individuo a realizar sus objetivos y metas, de una manera más sencilla. De esta manera, al hablar de conductas disfuncionales o irracionales, representan todo lo contrario; por lo que, el punto central de la terapia cognitivo conductual, es ayudar a los pacientes a identificar, modificar y reemplazar las conductas no benéficas por otras que si lo sean y que le permitan alcanzar su autorrealización.

1.1.2 Antecedentes

En 1956, Ellis, A., fue considerado el fundador de la terapia racional emotivo conductual (en esos momentos reconocida como terapia racional) durante un congreso de la American Psychological Association. Dicho modelo, promueve la auto aceptación y considera que lo único que debe evaluarse de una persona, son sus pensamientos, sentimientos y conductas, de acuerdo a sus metas y propósitos.

Ellis, A. (2002), considera que dos figuras psicoanalíticas contribuyeron a la creación de la TREC, quienes son:

- 1) Karen Horney (1950) que identifica el pensamiento dogmático “la tiranía de los debería” como principal causa de las perturbaciones emocionales.
- 2) Alfred Adler (1927) que se interesa en la relación entre autodevaluación y ansiedad, en el uso de un método cognitivo persuasivo
- 3) y finalmente la perspectiva filosófica de Confucio, Kant, Lao Tsu y el Buda, ya que sus ideologías, consideran que al cambiar las actitudes, se puede llegar a cambiar a sí mismo.

En cuanto a la Terapia Cognitivo Conductual, Beck, J. (2000), estudio en la Universidad de Pensilvania, a comienzo de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión; tratamiento que se centraba en ser breve, estructurada y centrada en la problemática presente y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Posteriormente se conceptualizo que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes.

1.1.3 Ideología

Los dos tipos de terapias cognitivo conductuales retomadas en esta investigación, adoptan una postura constructivista; es decir le brinda al paciente una guía o las herramientas, para que por sí mismo aprenda a examinar su propio pensamiento, emociones y conductas disfuncionales, con la finalidad de que observen como estas van perjudicándoles y así, generen el interés por modificarlas. En general considera que las personas pueden cambiar sus pensamientos de manera profunda y no solo aliviar sus síntomas latentes.

Beck, J. (2000), considera que la finalidad de la terapia, es que el paciente, aprenda nuevas creencias y conductas, que no se pueden enseñar mediante lecciones o sermones, si no por medio de un entrenamiento que se apoye en la utilización de preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis, que den al paciente habilidades para examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos, que estén provocando dificultades para el desarrollo de su vida.

Tanto Ellis, A. como Beck, A. y Beck, J, utilizan métodos terapéuticos conductuales, y técnicas emotivas; debido que las alteraciones emocionales van acompañadas por metas y actitudes absolutas, dogmáticas, rígidas y llenas de necesidades, por lo que la salud emocional, necesita de flexibilidad, búsqueda de alternativas y un deseo no perfeccionista, y mucho menos uno absoluto.

1.1.4 Estructura

Ellis, A. (2000), considera que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), tiene la ideología de que las personas crean sus propios problemas, porque permiten que les afecten; así que, lo primero por hacer, es ayudar a los pacientes a identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales y enseñarles a modificarlos por otros que sean funcionales o racionales. El principal objetivo de la TCC, es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos, que afecte a sus emociones y conductas tanto presentes como futuras, así como una visión humanista, en la que el individuo se acepte incondicionalmente, con sus limitaciones, centrándose en sus experiencias y valores, incluyendo su autorrealización.

La nueva filosofía a adoptar, tiene que resaltar el interés por uno mismo, la autodirección de su comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con esos intereses vitales. Si los individuos llegan a adquirir esa perspectiva filosófica, raramente se ocasionaran a sí mismos problemas emocionales.

Beck, J. (2000), considera que la terapia cognitiva, destaca el presente, pues la mayor parte de los pacientes ponen énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que les alteran. La atención puede centrarse en el pasado por tres circunstancias:

- 1) Cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo.
- 2) Cuando el trabajo, centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional.
- 3) Y cuando el terapeuta necesite comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan actualmente al paciente.

Las terapias cognitivo conductuales, hacen responsables a los pacientes de su forma de pensar, sentir y comportarse, no a su pasado o a otras personas. El pasado tiene que ver con la adquisición de ideas y emociones inapropiadas; sin embargo, esto no significa quedarse anclado a él, ya que existe la posibilidad de modificar los pensamientos, de acuerdo a la aceptación, el esfuerzo y el trabajo terapéutico dentro y fuera de sesión.

Desde la perspectiva de Beck, A. (1999), se considera que la terapia cognitiva es limitada en tiempo, ya que la mayor parte de los pacientes con depresión y angustia, se tratan durante un periodo que va de 4 a 14 sesiones; al observar progreso, se pueden ir programando sesiones más alejadas, por ejemplo, si las sesiones, eran una vez por semana, después puede ser cada dos meses, después cada 15 días, hasta ser cada mes y finalmente cada 3 meses con sesiones de refuerzo durante un año.

Al tratarse de pacientes que no muestren mucho progreso, el tratamiento puede llegar a durar de 1 a 2 años.

Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas, es decir, el psicoterapeuta da una estructura para cada sesión y cuando el paciente haya aprendido la dinámica terapéutica y comience a dominar su identificación y modificación de conductas disfuncionales o irracionales, es cuando se le alienta a participar en la planeación de las sesiones, por ejemplo, se le permite que elija de que se va a hablar, que tarea para casa puede realizar; es decir, a que el mismo dirija su terapia. Esta estrategia, se utiliza, para identificar la capacidad y el desarrollo que tiene el paciente para auto dirigirse, con la finalidad de irle encaminando y preparando para el cierre terapéutico.

La TCC desde la perspectiva de Beck, J. (2000), considera que existen dos tendencias básicas:

- La primera, es la facilidad con que las personas polarizan sus deseos personales o sociales, hasta exigencias rígidas y absolutistas; es decir, muchas veces las personas modifican algo que desean y es bueno para ellos, ante la influencia o necesidad de ser aceptados por otros, así, modificando también, sus necesidades o deseos personales.
- Y la segunda, es que las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean.

Beck, A. (1999), señala que es en la infancia donde se desarrollan creencias sobre sí mismos, de otras personas y del mundo. Con este tipo de creencias, pueden llegarse a formularse las llamadas *creencias centrales*, que son ideas fundamentales y profundas que no suelen expresarse y son consideradas por las personas como verdades absolutas, este tipo de creencias son rígidas y generalizan en exceso; a su vez dan pie a las llamadas *creencias intermedias*, que son actitudes, reglas y presunciones (por ejemplo, ser incapaz es terrible, si trabajo mucho podré lograrlo, si no trabajo mucho fracasare, siempre debo de hacer mi máximo esfuerzo, etc.) y de ambas creencias es de donde surgen los llamados *pensamientos automáticos*.

Respecto a lo anterior, Ellis, A. (2002) considera que los pensamientos o creencias irracionales (Rb), se generan a partir de frases como “debo de” o “tengo que”, clasificándose en tres principales áreas:

1. Tener la idea de que se tiene que actuar o funcionar muy bien, pensamientos que probablemente traigan como consecuencia una depresión, ansiedad o culpa.

2. El pensar que deben tratarle bien, o debe ser tratado bien, situación que genera sentimientos de ira, o conducta de tipo pasivo – agresivo

3. Creer que las condiciones de vida en que se desenvuelva tienen que ser muy buenas, cómodas, fáciles, lo que produce como resultado sentimientos de lastima por uno mismo y problemas de auto disciplina.

De estos tengo que, se generan a su vez tres conclusiones irracionales:

- 1) El Tremendismo: que es un exceso de resaltar las cosas negativas
- 2) La baja tolerancia a la frustración: que es la tendencia a exagerar lo insoportable.
- 3) La Condenación: que es la tendencia a evaluar como malas a las personas , o a si mismo

Tanto Beck, A. como Beck, J y Riso W, retoman lo antes mencionado, conceptualizándolo, como distorsiones cognitivas, considerando que en ocasiones al tenerles tan arraigadas suelen aparecer como pensamientos automáticos.

Para discriminar las creencias irracionales de una manera más sencilla, Ellis, A (2002), considera que hay que buscar los “debería” y los “tendría que”, pues estas frases son parte de una filosofía absolutista, por lo que causan conflictos. También se cree que por los “debo” las personas tienden a presentar las conclusiones condena, el tremendismo y baja tolerancia a la frustración y crear otros tipos de distorsiones cognitivas, como la personalización (que es creer que todo tiene que ser a la propia manera), el razonamiento emocional (que se caracteriza por que en vez de analizar los acontecimientos, se deja llevar por lo que le generan sus emociones) y la sobregeneralización (que es usar

términos como siempre, nunca, etc.). También, considera que en ocasiones no es sencillo identificar las creencias irracionales, por lo que menciona que por medio de las siguientes estrategias, se logra con mayor facilidad:

- Por forma inductiva, es decir, recogiendo inferencias y pensamientos automáticos, luego cuestionarlos y refutarlos, así el paciente puede identificar sus reacciones emocionales y por consecuencia las creencias irracionales que le vendrían a la cabeza.
- Por medio de la interpretación inductiva: Aquí es meramente trabajo del psicoterapeuta, pues recoge la información, hablando acerca de temas comunes o creencias subyacentes.
- Otra opción, es por encadenamiento de inferencias, aquí el terapeuta trabaja con pensamientos automáticos y ayuda al paciente a descubrir las inferencias que siguen; se puede preguntar ¿Qué pasaría si esto fuera verdad?, ¿Qué significaría esto?
- Y una última opción son las preguntas con final abierto.

Beck, A (1999) y Beck, J. (2000), coinciden con la ideología de Ellis, en cuanto a la inferencia e identificación de ideas irracionales que ellos conceptualizan como distorsiones cognitivas, por ser consideradas como pensamientos que se caracterizan por generar ideas no tan verídicas ante situaciones difíciles o de conflicto y realizan la inferencia de estas de la siguiente manera:

- a) Buscando la expresión creencias en un pensamientos automáticos
- b) Proporcionando una posición condicional (Si...) que incluya una presunción y pidiendo al paciente que complete una oración.
- c) Preguntando directamente sobre una regla o una actitud.

- d) Reconociendo un tema que aparezca de manera recurrente en los pensamientos automáticos.
- e) Revisando algún cuestionario de creencias que el paciente ha contestado.

Ellis, A., (2002), conceptualizo 12 pensamientos irracionales, que Beck, A (1999), Beck, J. (2000) y Riso W. (2004) retoman y perfeccionan, definiéndolos, como distorsiones cognitivas.

A continuación se presentan una conjunción de todos los **tipos de distorsiones cognitivas**, que estos autores, han podido identificar:

1) Visión en forma de túnel o abstracción selectiva:

Se presta mucha atención a los detalles negativos, en vez de tener en cuenta todos los aspectos.

2) Pensamiento de tipo todo o nada o pensamiento polarizado:

Es cuando se ven las cosas únicamente en dos sentidos, mientras existen muchas posibilidades.

3) Sobregeneralización: Es llegar a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación, se crea un pensamiento sin tener la información necesaria para hacerlo.

4) Leer la mente o Interpretación del pensamiento: Es el creer pensar lo que los demás están pensando.

5) Pensamiento catastrófico o visión catastrófica: Se refiere a cuando las personas adivinan el futuro de forma negativa, sin pensar en otras posibilidades.

- 6) Personalización: Es creer que los demás tienen actitudes negativas hacia uno, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.
- 7) Descalificar o dejar de lado lo positivo o Falacia de Control: Es cuando se cataloga a uno mismo, o los demás, así como a sus acciones, logros, como si no valieran nada.
- 8) Razonamiento emocional: Es cuando se piensa que algo tiene que ser real porque uno lo siente y deja de lado la evidencia de lo contrario.
- 9) Afirmaciones del tipo Debo y Tengo que (también llamadas imperativos): Son ideas precisas y rígidas respecto al comportamiento que hay que observar y sobrestimar lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.
- 10) Falacia de Justicia: Se valora como injusto, todo lo que no coincide con nuestros deseos.
- 11) Falacia de Cambio: Es cuando se cree que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás, es creer que los demás tienen que cambiar primero que uno mismo.

Riso, W. (2004) retoma en su obra, titulada *Pensar bien, sentirse bien*, un cuestionario de Ruiz y Lujan, al considerar que sirve para calificar e identificar los tipos de Distorsiones Cognitivas, que se presenta en el Anexo 3.

Beck, A (1999) y Beck, J (2000), consideran la técnica del diario, como una estrategia muy fiable para identificar a fondo las distorsiones cognitivas más repetitivas en la vida de la persona, en el siguiente capítulo se retoma a profundidad dicha técnica.

Las terapias cognitivas conductuales (TCC), trabajan bajo el Modelo especificado por Ellis, como ABC, que trabaja de la siguiente manera:

- La A hace referencia al acontecimiento o también identificado como activante.
- La B habla de las creencias irracionales.
- Y la C de la consecuencia.

La A, hace referencia a un acontecimiento perturbador de la vida, por lo que el terapeuta se centra en identificar los siguientes elementos: ¿Qué sucedió?, ¿Cómo percibió el paciente lo que sucedió? y ¿Cómo evaluó el paciente lo que sucedió?

Las dos primeras preguntas, tienen que ver con el acontecimiento activante y la última pregunta tiene que ver con las creencias del paciente.

También se puede interpretar que (A), es como el individuo interpreta el acontecimiento (B) a partir de sus creencias [Beliefs] (Bs) y a partir de esas creencias, se desarrolla la (C) o consecuencias, que son el resultado de todo lo antes dicho, como por ejemplo, un enojo, una depresión, una ansiedad, una fobia etc.

Al haber identificado las circunstancias causantes del problema emocional, se trabaja con varias técnicas; Ellis (2002), lo explica de la siguiente manera:

El método ABC, considera que lo principal para remplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) es a lo que se le denomina refutación, cuestionamiento o debate (D) y es un método en el que el individuo se debe preguntar, analizar y así identificar si sus conductas son racionales o irracionales.

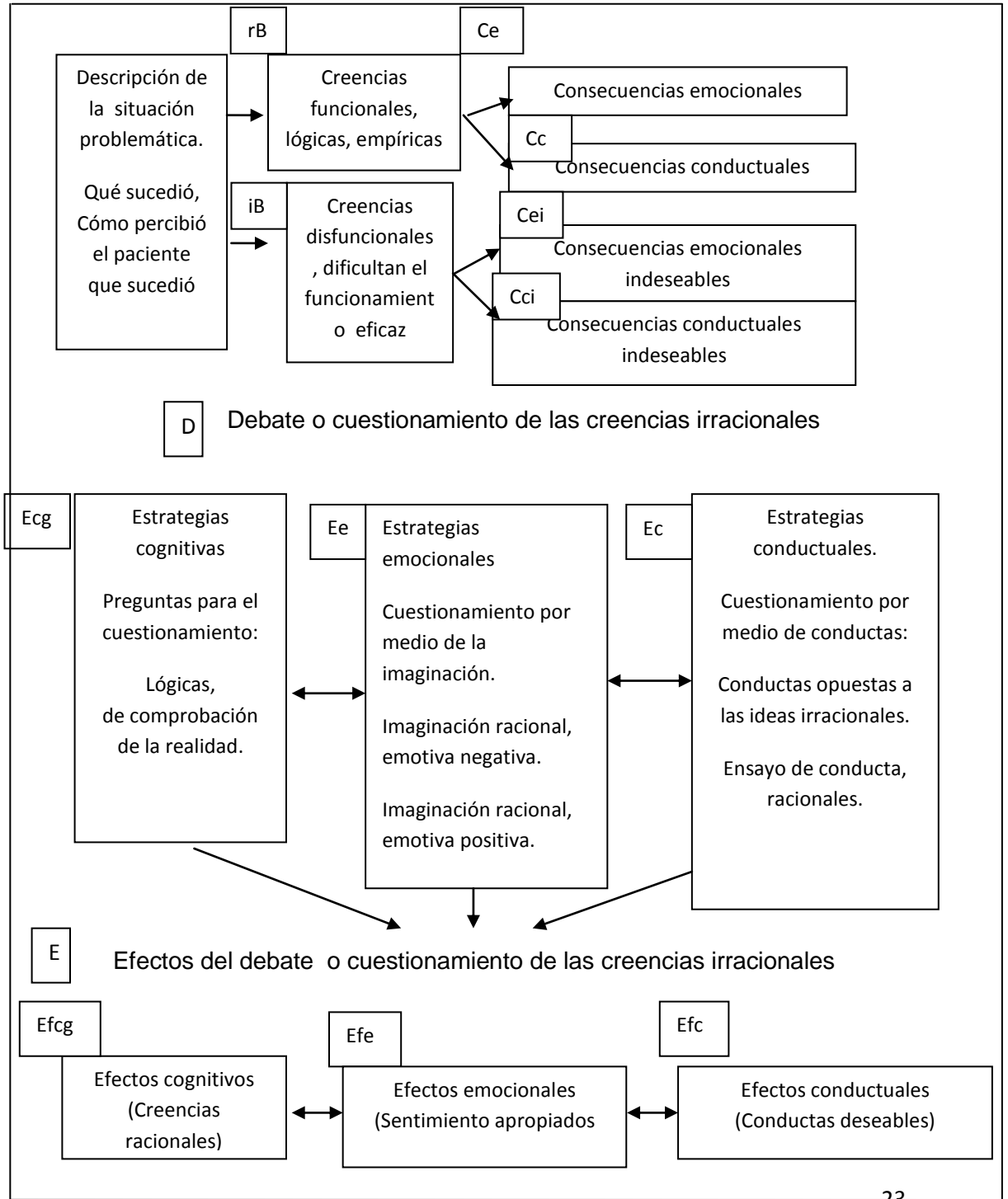
Principalmente el Debate es una de las herramientas más básicas para el trabajo de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), a partir de comenzar a manejarla, se puede sugerir el uso de algunas otras técnicas de acuerdo a las necesidades del paciente. La diversidad de técnicas se presentará en el siguiente capítulo.

Ambos autores, se caracteriza por la utilización del Debate de tipo Socrático, el cual, tiene la finalidad de llevar al paciente a un descubrimiento guiado de sus patrones de pensamientos y acciones distorsionadas y se explicara con más detenimiento en el siguiente capítulo.

Para explicarlo de una manera más gráfica, a continuación se presente la siguiente figura.

Figura 1. Factores ABCDE

Acontecimientos Activantes **A** Creencias (Beliefs Ideas, Evaluaciones **B** Consecuencias de las Interpretaciones de A. Pensamientos Automáticos **C**



En la Figura 1, se puede observar 3 cuadrantes, el primero hace referencia a el acontecimiento inicial (A), que es en sí la circunstancia que genera una reacción, posteriormente se muestra a (B) que es como el individuo es interpreta y evalúa la circunstancia de acuerdo a sus creencias, valores y finalmente se muestra (C), que son las consecuencias del acto y la interpretación de este; dichas consecuencias, se pueden clasificar de 2 maneras, ya sea , con consecuencias emocionales (Ce) y/o consecuencias conductuales (Cc) , las dos pudiendo presentarse de manera deseable, funcional, lógica o racional (rB), e indeseable o irracional (iB) debido a que se actúa de acuerdo a la realidad del individuo y no a como realmente son las circunstancias .

Posteriormente para atacar estas consecuencias, se muestra al debate, que es una de las herramientas de trabajo de la Terapia cognitivo Conductual; esta técnica a su vez desarrolla 3 tipos de estrategias las cognitivas, emocionales y conductuales y que sirven para llegar a desarrollar cambios en ideologías y conductas irracionales.

Y en el último cuadrante, se muestran los efectos positivos del cambio de ideologías y actos irracionales, en las áreas, cognitiva, la emocional y la conductual.

En el siguiente capítulo se explican más a fondo, las técnicas ya mencionadas.

1.1.5 Técnicas

Ellis (2002), retoma y explica las siguientes técnicas, que tanto el cómo los demás autores retoman en la TCC.

Al final de este capítulo, se retoman técnicas de tanto Beck, A, como Beck, J. han generado para este tipo de psicoterapia; técnicas que muestran tener compatibilidad para su uso ante cualquier tipo de TCC; a las cuales se les da el nombre de *otras técnicas cognitivas y conductuales*.

A continuación, se retoman las técnicas de trabajo de Ellis:

La TREC, que es el tipo de TCC de Ellis, utiliza dos tipos de técnicas:

1) TÉCNICAS PREFERENCIALES, desarrolladas dentro del modelo terapéutico

2) TÉCNICAS GENERALES, donde se toman técnicas de otros sistemas.

1) Dentro de las Técnicas preferenciales, se desarrollan los siguientes tipos:

- El debate.

El debate (D), tiene como propósito enseñar al paciente a analizar sus pensamientos irracionales. Una vez ya diferenciadas las ideas racionales (rB) de las irracionales (iB), lo esencial de (D), es cuestionar las creencias irracionales (iBs).

En el debate, los pacientes se enfrentan a sus filosofías irracionales y se les pide que las examinen, para que vean si tienen sentido o son útiles. Su objetivo es ayudar a internalizar una nueva filosofía.

El Debate (D), consta de dos estrategias básicas:

- Examinar y cuestionar la forma actual de pensar.
- Desarrollar nuevos y más funcionales modos de pensamiento.

Pero, qué cuestionarse; hay que recordar, que cuando el paciente manifiesta cogniciones disfuncionales, estas serán de tres tipos:

- Creencias irracionales evaluativas y Pensamientos automáticos, incluyendo inferencias, atribuciones y predicciones

Frecuentemente los pacientes tienen muy arraigadas las ideas irracionales (IBs), ideas que se debaten y se cuestionan en el proceso terapéutico, con el propósito de lograr una forma de pensar racional y por consiguiente una nueva filosofía (E), que a pesar de ser correcta es débil. Si el debate no se hace de forma vigorosa y frecuente, la (E) puede olvidarse con facilidad, ya que las ideas irracionales fueron aprendidas durante muchos años, por lo que hay que tener constancia en el ejercicio de este nuevo “músculo emocional”.

La utilización de una grabadora o un diario de debate son técnicas eficaces para lograrlo, también es importante recordarle al paciente que lo aprendido en consulta, debe practicarse fuera de ella, pues una hora por semana, no puede remplazar un hábito, como la idea irracional que lleva años de práctica.

Otra falla del debate, puede ser que el terapeuta tenga el error de no cerciorarse de que también existan cambios en las consecuencias emocionales (Ce) y las conductuales (Cc). Por ejemplo un paciente dice que ya no se ve como horrible el tener que hablar en público, pero no asiste a la escuela o trabajo cuando se tiene que hacer una presentación, continúa sintiendo pánico en vez de incomodidad, preocupación o desagrado (Ce).

Existen varios métodos para evaluar la funcionalidad del debate, estos son:

- La utilización del Formulario de autoayuda, de Ellis (2002), ubicado en el anexo 4
- La inversión de los papeles cliente – terapeuta, durante el ensayo de conductas acompañado por “puntuaciones emocionales” o UMS (Unidades subjetivas de malestar), que consiste en cuantificar una emoción, empleando como punto de referencia el informe del paciente con respecto a la intensidad de su estado emocional en un momento determinado. La cual, está basada en una escala de tipo Likert, en la que se dan opciones de escoger un nivel dentro de un rango que va desde “muy alto” hasta “inexistente”. En la figura 2, se muestra, con mayor claridad lo antes dicho.

Figura 2. Niveles de medición de UMS (Unidades subjetivas de malestar)

La intensidad de la emoción es de: _____

X ----- X ----- X ----- X ----- X -----
1 2 3 4 5

Donde 1 = inexistente, 2 = bajo, 3=medio, 4=alto y 5 = muy alto.

- Y sugerir al paciente la retroalimentación por parte de familiares o amigos, en relación a cambios de comportamiento.

Desde la perspectiva de Ellis (2002), el debate, no se puede utilizar con todos los pacientes, en especial con pacientes que tienen alguna limitación intelectual, con ellos, se puede trabajar con la repetición de pensamientos racionales (rB).

Se manejan cuatro tipos de debate:

1) Estilo Socrático:

Tiene como meta cuestionar las ideas racionales (iBs) enmarcando su carencia de funcionalidad y falta de lógica; con la finalidad de ayudar al paciente a pensar por sí mismo en vez de aceptar automáticamente el punto de vista del terapeuta.

El estilo socrático, ayuda al terapeuta a desarrollar su habilidad de escuchar al paciente; algo muy funcional, es grabar una sesión (con autorización del paciente). De esta manera, el terapeuta al finalizar la sesión, puede escuchar la grabación y preguntarse: ¿Qué es lo que realmente dijo el paciente?, ¿Refleje esto en mi siguiente pregunta?, ¿Hubo alguna otra alternativa táctica en relación a las posibles ideas o sentimientos del paciente?, ¿Permití que esto se explorara?, ¿Cuestioné las ideas (as) principal (es)?

2) Estilo didáctico:

La TREC, prefiere el uso del estilo socrático; pero hacer preguntas, puede ser cansado y hasta a veces poco funcional, por lo que el estilo didáctico es otra buena alternativa.

El estilo didáctico se puede utilizar en varias etapas de la terapia, pudiendo llevarse a cabo al dar explicaciones de tipo didáctico; por ejemplo, explicar, porque una idea irracional (iB) es autodestructiva, porque su alternativa racional

(rB), podría ser más productiva a largo plazo. Es muy importante cerciorarse que el paciente entienda lo que se le está diciendo y para cerciorarse, es funcional pedirle que explique con sus palabras lo que se dijo.

3) Estilo chistoso o juguetón:

El uso del humor puede ser una técnica muy funcional, la exageración de la idea irracional de una manera chistosa, puede ser una buena manera de hacerle entender al paciente la irracionalidad de dichas ideas.

4) Estilo revelador de sí mismo:

Este estilo como el anterior, puede ser de gran funcionalidad si se utiliza correctamente. Su propósito es permitir al paciente que se enfrente a su propia irracionalidad, basándose en los siguientes puntos:

- a) El terapeuta también ha experimentado un problema como el suyo.
- b) El terapeuta en alguna época, pensó de una manera irracional (iB) similar a la suya y por una racional (rB) y resolvió su problema. Este estilo ayuda a disminuir el énfasis de la diferencia entre terapeuta paciente y facilita al segundo la utilización del terapeuta como modelo.

c)

2) LAS TÉCNICAS GENERALES, donde se toman técnicas de otros sistemas, donde se incluyen:

- Tareas para casa

Su propósito principal, es reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como su nueva filosofía racional (E) o su habilidad para debatir (D), a través de

ejercicios para practicar en casa, entre una sesión y otra, cuando el paciente tiene que funcionar en el mundo real. También le permite al terapeuta observar el progreso del paciente.

En esta investigación, como tarea para casa también se podrán mandar ejercicios y remedios de algunas terapias alternativas complementarias, que en el siguiente capítulo se explicaran.

Objetivos de las tareas para casa:

- Cambiar un comportamiento ineficiente o establecer uno adaptativo
- Reducir pensamientos irracionales (iBs) y remplazarlos por ideas más racionales (rBs)
- Evaluar el grado de comprensión por parte del paciente de los principios básicos de la TREC.

El terapeuta tiene que analizar que dejar de tarea, para ayudar al paciente a trabajar lo que se vio en sesión, y animarlo preguntándole ¿cree usted que podría hacerlo?, ¿Qué hará para recordar lo que tiene que hacer? Una técnica utilizada es la de las tareas escritas, lo que formaliza y da importancia.

Existen varios tipos de tareas para casa, como son: lecturas, escrituras, imaginativas, para escuchar, cognitivas, emotivas, conductuales, de relajación, etc.

Algunas de las Tareas mayormente utilizadas por la TREC, Diarios, Biblioterapia y ejercicios para atacar la vergüenza.

- Diarios:

Hay distintas maneras de realizar diarios, una puede ser pedirle al paciente, que registre el número de veces que ocurrió un comportamiento en

particular durante esta semana, o que señale el día y momento en que experimento la puntuación más alta de unidad subjetiva de malestar.

El objetivo primordial del diario, es identificar las ideas irracionales (iBs), remplazarlas por pensamientos racionales (rBs) y/o reforzar la práctica del debate.

El Instituto de Terapia Racional Emotivo de Nueva York, creo un formato de llenado personal, que permite a los pacientes identificar más fácilmente sus ideas o distorsiones cognitivas de acuerdo a como se les vayan presentado, ya sea por día o semana, así se va teniendo un registro que le permite al individuo darse cuenta de la frecuencia con que se presentan las (iBs) sirviéndole también para que vea la evolución que va teniendo a través del tratamiento psicológico. (Ubicado en anexo 5 - A)

- Biblioterapia y audiocasetes.

Una manera de aumentar y consolidar el conocimiento y comprensión de los principios básicos de la TCC, es la recomendando al paciente lecturas específicas, como libros, artículos, revistas o escuchar audiocasetes pregrabados, ya sean las sesiones con el paciente o que el paciente grabe en casa una de sus ideas irracionales y la combata, dando argumentos en su contra, después que le escuche y lo analice y pueda ver la fuerza de su debate o la interpretación racional alternativas, son mayores o menores que las que utiliza al describir inicialmente su percepción irracional de la situación.

- Ejercicios emotivos

Ejercicios para atacar la vergüenza: Esta es una técnica emotivo – conductual, es la más característica de la TREC y tiene como propósito ayudar al paciente a cambiar su filosofía irracional básica.

Esta consiste en que el paciente actué frente al público de una manera vergonzosa, tratando al mismo tiempo de aceptarse a sí mismo a pesar de su comportamiento inaceptable y de tolerar la incomodidad que esta conducta le pueda generar.

1. Vestir de una manera demasiado llamativa, o con un calcetín distinto del otro
2. Saludar muy efusivamente a una persona que no se conoce, preguntarle por la familia, su estado de salud, etc.
3. Pedir una bebida en la cafetería de la universidad, trabajo o lugar en el que es familiar y después de consumirla, decir que la pagara mañana, porque no trae dinero.
4. Cantar una canción en voz alta, mientras camina por los pasillos de un lugar donde trabaja o estudia.

El terapeuta debe realizar un ejercicio para atacar la vergüenza. Esto le dará una mejor perspectiva en relación a la dificultad que puede experimentar su paciente.

Otras técnicas cognitivas conductuales:

- **FORMULARIO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS:** Este ejercicio sirve para contrarrestar una dificultad momentánea, por ejemplo el no poderse concentrar al realizar un trabajo por creerse no capaz; la función de este ejercicio es identificar qué es lo que está obstaculizando que se lleve a cabo la solución del problema, así como de qué manera se puede llegar a solucionar. (anexo 5 – B)

- TOMA DE DECISIONES: Este ejercicio se realiza cuando el paciente está teniendo dificultades en cuanto a tomar una decisión en específico, por lo que el terapeuta pide al paciente realice un listado de las ventajas y desventajas de dicha acción a tomar, con la finalidad de que identifique si será mejor hacerlo o no hacerlo.
- EXPERIMENTOS CONDUCTUALES: Estas pueden ser por medio de técnicas de dramatización en la que el paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a la otra parte, o realiza la acción que no es capaz de hacer con ayuda del terapeuta.
- CONTROL Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES: Esto se hace mediante un tipo horario, para controlar las tareas que se tienen que realizar durante el día y evaluar el grado de placer que le proporciona realizarlas; de la misma manera pudiera ser una técnica que en el caso de depresión no permita que el paciente tenga momentos libres para deprimirse.
- DISTRACCION Y REFOCALIZACION: Muchas veces es funcional identificar los pensamientos automáticos al momento para modificarlos al instante, pero muchas veces no es posible, por lo que la técnica de relocalizar la atención, distraerse en una actividad, resulta benéfico. Relocalizar la atención es útil en casos en los que se necesita concentrar para realizar alguna cosa, el terapeuta enseña al paciente a concentrarse deliberadamente en lo que se va o se está haciendo.
- RELAJACION: Son ejercicios que ayuden al paciente a bajar su nivel de estrés, enojo, tristeza, etc. Con el fin de que se encuentre tranquilo y como consecuencia funcionen mejor en su vida diaria.

- **TARJETAS DE APOYO:** Estas contienen las ideas automáticas frecuentes y la explicación de su irracionalidad, portándose en lugares visibles, con la finalidad de que sean leídos varias veces al día.
- **EXPOSICION GRADUAL:** Esta técnica es muy funcional en los casos de fobias o miedos específicos que no permiten realizar una acción y se lleva acabo acercando poco a poco al paciente a que realice la acción específica, pudiendo practicándolo con el terapeuta y después este acompañando al paciente a que lo realice y finalmente que el paciente lo haga solo y en un escenario real.
- **DRAMATIZACIONES:** Estas actuaciones se pueden realizar con finalidades distintas, como por ejemplo para ayudar a identificar pensamientos automáticos, para ayudar al paciente a cambiar sus respuestas irracionales por una más racionales
- **LA CONCEPTUALIZACION COGNITIVA:** Es conectar los pensamientos automáticos con creencias situadas a niveles más profundos, para facilitar la identificación de estas, se puede basar en el Diagrama de conceptualización cognitiva, mostrada en el anexo 6

La importancia de este diagrama, es que provee un mapa cognitivo de la psicopatología del paciente y ayuda a organizar la multiplicidad de los datos que presenta el paciente.

Hay que motivar al paciente a que utilice un registro de pensamientos disfuncionales (RPD), es de mucha ayuda realizar el Diagrama de las RPD, (ubicado en anexo 6)

Una gran desventaja de las Terapia Cognitivo Conductuales (TCC), es que en algunas ocasiones, los pacientes, no aceptan que sus conductas son irracionales, por lo que no quieren cambiarlas y es ahí donde la terapia no se muestra eficaz; ante lo cual, esta investigación, plantea experimentar la fusión de este modelo psicoterapéutico, con algunas técnicas alternativas, que por ejemplo, con las flores de Bach, que se caracterizan por tener la nobleza de ayudar a los pacientes a analizar, o crear aceptación de la realidad.

Por lo antes mencionado en el siguiente capítulo, se muestran algunos tipos de terapias alternativas.

II. TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Terapia bioenergética

2.1.1 Concepto

La palabra Bioenergética, proviene de la Biología, en sí de la palabra bioenergía.

Cayuela, N., AlboukreK, A., Bernaus, M., et. al (2005), definen a la bioenergía, como energía renovable obtenida por la transformación química de la biomasa.

Massera, O., Aguilón, J., Arvizu, J., Et, Al. (2006), describen a Bioenergía, como la energía que se produce a partir de la biomasa, que es una materia viva o materia derivada de seres vivos y que a su vez dicha energía puede transformarse.

Lowen, A., Lowen, L. (2011) conceptualizan a la bioenergética, desde términos psicológicos como una forma de entender la personalidad humana a través del cuerpo y sus procesos energéticos; dichos procesos de generación de energía se dan a través de la respiración, el metabolismo, y la descarga de la misma en movimientos. Esta técnica, combina el trabajo con el cuerpo y la mente, para ayudar a las personas a resolver problemas emocionales.

Lowen, A. (2005), menciona que el objetivo de la bioenergética, es ayudar al paciente a recuperarse juntamente con su cuerpo, para que alcance un gozo en el mayor grado posible de la vida corporal. Esta técnica, muestra interés sobre las funciones básicas del hombre, como la respiración, el movimiento, la sensación, la expresión de uno mismo y la sexualidad.

El objetivo de la bioenergética, es ayudar al paciente a recuperarse juntamente con su cuerpo, para que alcance un gozo en el mayor grado posible de la vida corporal. Esta técnica, muestra interés sobre las funciones básicas del hombre,

como son la respiración, el movimiento, la sensación, la expresión de uno mismo y la sexualidad.

La técnica bioenergética, considera a la respiración como un elemento relevante, ya que considera que si la persona no respira con profundidad, tendrá la tendencia a no ser pleno, por lo que no será una persona que se mueva con libertad, por lo que a futuro, por no mover su cuerpo con la libertad necesaria, reduce la vida del mismo.

Este tipo de situaciones corporales, no son generadas voluntariamente, más bien, se desarrollaron como medios de sobrevivencia al ambiente y la cultura en que se vive, que por lo regular niega el valor de lo corporal.

Por todo lo antes mencionado, para la bioenergética, la carga y la descarga energéticas, son una unidad, por lo que considera que al elevar los niveles energéticos, se abre el camino para la autoexpresión y la restauración de la circulación de los sentimientos en el cuerpo del paciente.

2.1.2 Antecedentes

Lowen. A. (2005), menciona que la terapia bioenergética, se originó a través de las ideologías de la Terapia Reichiana, entre 1940 a 1945, creada por Reich; básicamente surgió gracias al Psicoanálisis, corriente psicológica que abrió camino hacia el estudio de los procesos del funcionamiento de la psique, o la mente.

Ballesteros, L., y de Torres, R. (2002), retoman la obra de Freud, titulada, *Escritos sobre Histeria*, en la que se expresan diversos casos clínicos, donde los pacientes tenían como síntoma fuertes contracturas corporales parciales o totales y que durante la búsqueda de su procedencia, se concluía habían sido causados por algún trauma emocional, por lo regular generado por aspectos relacionados a la sexualidad, recuerdos que había sido bloqueados, y/o no afrontados.

Lowen, se unió a Reich debido a que ambos compartían la idea de que el cuerpo y la mente se interrelacionaban, creían que no eran objetos que pudieran dividirse; por lo tanto, los casos clínicos de la obra ya mencionada de Freud, sustentaban lo que ellos creían. Dichos autores, no fueron seguidores del Psicoanálisis, ya que consideraban que a dicha teoría, le hacía falta esclarecer porque el síntoma físico se generaba en un tiempo determinado y no antes ni después, así como explicar, como es que la mente permite transformar una emoción reprimida a un síntoma físico, es decir como la mente puede llegar a somatizar.

Frigola, C. (2004), menciona que la terapia reichiana, se difundió durante la exposición y curso, de la obra sobre la que Reich trabajaba, llamada Análisis del Carácter.

Dicha obra, describía la identidad funcional del carácter de una persona, la cual se consideraba se demostraba a través de la actitud corporal, es decir a lo que conceptualizo como armadura muscular, que en sí son las contracturas que

genera el cuerpo a través de los traumas emocionales que se viven cotidianamente.

Durante el desarrollo de la Terapia Reichiana, pudieron contestar aquella pregunta que inicialmente se habían realizado, tomando como ejemplo los casos histéricos, concluyeron que, los síntomas físicos, tenían origen de un trauma de índole sexual; trauma que se reprimía, mas no se eliminaba, estaba ahí latente y permanecía escondido mientras no se presentara algún acto que recordara lo ocurrido, pero ante la aparición de algún acto de índole sexual, se activaba dicha emoción reprimida y la mente en busca de sacar aquella ansiedad estancada, transformaba la emoción en un síntoma físico, acto ahora bien conocido como síndrome de conversión.

Frigola, C., menciona que el desarrollo de la obra titulada *vegetoterapia analítica del carácter*, trabajada por Reich y Lowen, tenía la finalidad combatir resistencias psíquicas de los pacientes, considerando que una resistencia es una falta de aceptación de una situación personal que causan ansiedad. Dicha resistencia, se manifestaban en lo que Reich llamaba *ataques de tipo energéticos*, que son, al igual que en los casos de histeria, contracturas musculares, originadas por un traumatismo de tipo emocional, es decir, una somatización ante una defensa psíquica

La somatización, se muestra como un método que pretende controlar la ansiedad que genera algún acto que trastornar emocionalmente al individuo y así la mente para evitar el sufrimiento decide transformar dicha emoción en un síntoma físico, es decir en alguna tensión muscular, mejor conocida como armadura muscular, nombre que se le da porque tiene la función de proteger al individuo ante experiencias dolorosas y amenazantes; así como de impulsos peligrosos de su propia personalidad.

Lowen. A (2005), considera que el primer paso de la terapia reichiana, es hacer que el paciente respire con facilidad y profundidad, lo segundo es movilizar cualquier expresión emocional, es decir, cualquier tensión muscular observada en el cuerpo mediante un masaje o ejercicio de relajación muscular finalmente, surgiendo en el paciente de manera automáticamente recuerdos de lo que les genero dicha tensión o movimientos involuntarios también llamados “reflejo del orgasmo”, que es una reacción involuntaria del cuerpo, que consta de movimientos rítmicos y convulsivos que surgen ante una respiración libre y cuando el individuo cede a su cuerpo. Dichos movimientos involuntarios, en ocasiones llevan al paciente a tomar posturas o realizar acciones involuntarias, como por ejemplo levantarse, realizar algún movimiento que les hace revivir lo que causo la contractura o la dificultad para respirar con libertad, así desahogándose física y emocionalmente, desvaneciendo las contracturas total o parcialmente.

Por lo que Reich llega a la conclusión de que la salud emocional está relacionada con la capacidad de entregarse plenamente en el acto sexual, o sea, con la potencia orgásmica.

2.1.3 Ejercicios de Bioenergética

Los ejercicios de bioenergética, consisten en masaje, presión controlada y toques suaves para relajar los músculos contraídos. Dichos ejercicios tienen como finalidad, ayudar al paciente a entrar en contacto con sus tensiones y liberarlas a través de movimientos apropiados.

Lowen, A. y Lowen, L. en su obra "*El lenguaje del cuerpo: Dinámica Física de la estructura del Carácter*" hacen hincapié, en que estos ejercicios, no son sustituto de ninguna terapia y tampoco resuelven problemas emocionales profundos, pero sí ayudan a tener dominio sobre uno mismo, aumentan el estado vibratorio del cuerpo, a hacer más profundas las respiraciones, asentarse en la tierra, agudizan la percepción que se tiene de uno mismo y amplían la auto expresividad; se enfatiza que para obtener estos beneficios, los ejercicios deben realizarse con interés por el cuerpo, pues si se realizan mecánicamente o compulsivamente, no se experimentarían los mismos efectos.

En dicha obra, Lowen explica que las vibraciones, son un tipo de liberación de energía, para ejemplificar utiliza la analogía de un cable en el que corre energía; también nos dice que en ocasiones pudieran presentarse vibraciones toscas, durante la realización de los ejercicios, y que estos se deben a que la energía no está fluyendo libremente, por lo que hay que descargarla trabajando en el músculo que presenta la tensión muscular.

La meta de la terapia, es un cuerpo vital, capaz de experimentar plenamente los placeres y dolores, los gozos y penas de la existencia. El análisis de los conflictos reprimidos, la descarga de los sentimientos contenidos y la disolución de las tensiones y bloqueos musculares, en conclusión, tienen como fin aumentar la capacidad de una persona para el placer.

Esta terapia alternativa, brinda técnicas benéficas para complementar la psicoterapia cognitivo conductual, ya sea para trabajar relajación por la tensión

obtenida al enfrentarse a la psique, así como, al tratar pacientes con tics, contracturas musculares con conocimiento o desconocimiento de su etiología (por ejemplo en casos de abuso de tipo sexual), o con enfermedades como artritis, parálisis faciales, etc. En el anexo 7, se ubica cada uno de los ejercicios, con su instrucción y funcionalidad.

2.2 Flores de Bach

2.2.1 Concepto

Las flores de Bach, son 37 extractos florales, que se diluyen para su deglución en agua preferentemente de manantial y se combina con una solución que contenga alcohol, específicamente en Brandy, con la finalidad de brindar a la fórmula una esterilización y preservación y un alto nivel energético.

Dicha fórmula, se utiliza, para combatir diversas alteraciones emocionales, con base en la herbolaria, que considera que por el gran contenido energético y las propiedades naturales de las plantas es por lo que surte efecto en los malestares; o desde la perspectiva de algunos, pudiéndose considerar como un paliativo.

Se considera que su fuerte contenido energético favorece al cuerpo a regular la alteración o bloqueo que exista en la propia energía corporal.

2.2.2 Antecedentes.

Schmidt, S. (2005), menciona que las flores de Bach, fueron creadas por el Dr. Bach (1886 a 1936), medico británico que recorrió etapas profesionales hasta llega a tener un consultorio importante en Londres. Su propia vivencia de enfermedad (cáncer), produjo un cambio en su vida, guiándolo hacia un nuevo entendimiento de la enfermedad y la salud, pues descubrió, que todas enfermedades residen de un desequilibrio psíquico.

Para combatir dichos desequilibrios, Bach, busco remedios naturales, encontrando 37 flores, así como el agua de roca (rock wáter; estas esencias, se elaboraron, observando como actuaban sobre la psique y tienen como finalidad ayudar a superar situaciones difíciles de la vida, como por ejemplo los miedos, los duelos, cualidades de la personalidad que molestan o dificultan las relaciones con los demás, la intolerancia, la impaciencia, sentimientos de inferioridad, etc.

La técnica de los remedios florales de Bach, es un método de tratamiento natural suave, que alivia los sentimientos y estados de ánimo negativos, sin embargo con esta técnica no se puede curar trastornos psíquicos graves o enfermedades orgánicas; pero si se pueden usar como método de ayuda en estos.

Schmidt, también menciona, que Bach, aprendió a identificar diferentes flores y plantas en sus diferentes estadios de crecimiento. A los 17 años, trabajo con su padre como aprendiz de latonería, durante esta etapa, pudo observar que los trabajadores enfermaban con mucha frecuencia y que no podían acudir a los servicios médicos por falta de economía; pudo constatar que sus enfermedades se debían a su enfermedad se debía al estrés psíquico al que estaban sometidos , por lo que le experimento mucho interés por poder ayudar a las personas a prevenir el desarrollo de dichas enfermedades, tanto fue su interés

por ayudar que estudio medicina y al concluir sus estudios se adentró en el área de investigación, también trabajo en un hospital en el que se utilizaba la homeopatía, donde aprendió a hacer preparados, Bach se orientaba en los estados y disposiciones de ánimo, así como en el carácter del enfermo y cada vez menos en los síntomas fisiológicos. Logro clasificar sus medicamentos según determinados estados de ánimo y aplicarlos en ese sentido, pero estos medicamentos no procedían de la naturaleza, sino de sepas y bacterias; por lo que comenzó su búsqueda en las plantas.

En 1929, encontró las primeras tres flores el país de Gales, y comenzó a utilizarla con éxito en sus pacientes. Un año más tardes abandono su trabajo en Londres, para comenzar a buscar más plantas. Tiempo después, encontró 37 flores y agua de roca, con se pueden tratar distintos estados de ánimo. Para Bach, el origen de las enfermedades físicas, se encuentra en el interior, en las actitudes negativas frente a nosotros mismo y a la vida, en las debilidades de carácter y divergencias anímicas.

2.2.3 Estructura.

Los siete estados emocionales básicos

El conjunto de la terapia floral de Bach se compone de 37 flores y agua de manantial, en total 38 remedios, que se dividen en 7 grupos y un remedio de salvación o de urgencia:

ESTADO EMOCIONAL	FLORES CORRESPONDIENTES
1. Temor o miedo	Aspen (Álamo) Cherry Plum (Cerasifera) Mimulus (Mímulo) Red Chestnut (Castaño Rojo) Rock Rose (Heliantemo)
2. Incertidumbre, indecisión e inseguridad	Cerato (Ceratostigma) Gentian (Genciana) Gorse (Aulaga) Hornbeam (Hojarazo) Scleranthus (Scleranthus) Wild Oat (Avena Silvestre)

<p>3.</p> <p>Falta de Interés por el presente.</p>	<p>Clematis (Clemátide)</p> <p>Honeysuckle (Madre Selva)</p> <p>Wild Rose (Rosa Silvestre)</p> <p>Olive (Olivo)</p> <p>White Chestnut (Castaño blanco)</p> <p>Mustard (Mostaza)</p> <p>Chestnut bud (Brote de castaño)</p>
<p>4.</p> <p>Abatimiento, desaliento o desesperación</p>	<p>Crab Apple (Manzana Silvestre)</p> <p>Elm (Olmo)</p> <p>Larch (Alerce)</p> <p>Oak (Roble)</p> <p>Pine (Pino)</p> <p>Star of Bethlehem (Leche de gallina)</p> <p>Sweet Chestnut (Castaño dulce)</p> <p>Willow (Sauce)</p>
<p>5.</p> <p>Soledad e impaciencia</p>	<p>Impatient (Impaciencia)</p> <p>Water Violet (Violeta de Agua)</p> <p>Heather (Brezo)</p>

<p>6.</p> <p>Hipersensibilidad a ideas e influencias</p>	<p>Agrimony (Agrimonia)</p> <p>Centauray (Centaura)</p> <p>Walnut (Nogal)</p> <p>Holly (Acebo)</p>
<p>7.</p> <p>Preocupación exagerada por el bienestar ajeno</p>	<p>Beech (Haya)</p> <p>Chicory (Achicora)</p> <p>Rock Water (Agua de Roca)</p> <p>Vervain (Verbena)</p> <p>Vine (Vid)</p>
<p>Rescue (Primeros auxilios)</p>	<p>Compuesto por 5 flores (Impatient, clematis, rock rose, cherry plum, star of Bethlehem).</p>

En el anexo 8 se presenta un breviarío de cada flor, especificando para que síntomas es funcional, por ejemplo en el caso de Red Chestnut, que es una de las flores más utilizadas, pues en nuestro país debido a los niveles de ansiedad que día a día se tienen que enfrentar las personas tienden a preocuparse demasiado por el bienestar de sus cercanos y esta flor sirve para controlar dicha ansiedad y preocupación por los demás.

2.3 AROMATERAPIA

2.3.1 Concepto

Huete, A. (2007), menciona que el nombre aromaterapia, tiene origen francés y es <<aromatherapie>>, creado por René –Maurice Gattefossé, que fue un químico francés.

Selby, A. (1997), considera a la aromaterapia, como una técnica alternativa, basada en aromas de esencias, extraídos de plantas, flores, árboles y hierbas de diversas partes de las mismas; raíces, hojas, flores, corteza y cáscara. El aceite esencial de la planta, se obtiene de un proceso de extracción y destilación.

Las herramientas utilizadas por esta técnica alternativa, son los aceites esenciales, que mediante diferentes técnicas de aplicación, ayudan a regenerar y equilibrar a quien hace uso de estas. La funcionalidad de las esencias se debe al efecto sedante y estimulante; de esta manera influyendo en el estado anímico.

Huete. A., considera que la aromaterapia, busca mejorar la salud, no solo a través de los olores, sino en todo el conjunto de los componentes químicos de los aceites extraídos. También, tiene como intención de conservar, mantener, potenciar y prevenir posibles enfermedades del cuerpo y del alma.

2.3.2 ANTECEDENTES

Huete, A., menciona que la creación y utilización de esta técnica, tiene origen de la cultura Egipcia, la cultura China, la Árabe, la Griega, la Romana o de lugares antiguos como Babilonia, Mesopotamia, en dichas culturas surgió el interés de investigar las plantas por sus cualidades germicidas, así como por sus delicados aromas y cualidades curativas que traían consigo.

Selby, A., habla acerca de que la cultura griega fue la creadora de distintos tipos de utilizaciones de la aromaterapia, pues experimento en la creación de ungüentos, vapores y esencias, que también combinaban con masajes.

Huete, A. también menciona que la aromaterapia, también fue de gran importancia en etapas, como la Medieval y el Renacimiento y en la Revolución Industrial, ya que con la aromaterapia se combatían plagas y enfermedades.

Por ejemplo en la etapa Medieval y el Renacimiento, las plantas medicinales, eran base de muchos remedios y eran tachados de brujería. En el siglo XII, se implanto la aromaterapia traída de oriente de mano de médicos de las Cruzadas, que trabajaban con médicos árabes, de los que aprendieron la gran importancia de la higiene y los aceites. En los siglos siguientes, las ordenes monásticas, se encargaron de mantener y ampliar los conocimientos de la fitoterapia, cultivando plantas medicinales y preparadas de remedios herbales.

2.3.3 Técnicas

Vaporizaciones.

Huete, A. menciona que los activos de las esencias son muy volátiles y llegan al cerebro en cuestión de segundos a través del olfato. La forma más común de realizar una vaporización es a través de un quemador de esencias.

El quemador de esencias, consiste en, un tipo vasija, regularmente con forma de iglú, que cuenta con una base en la que se coloca la esencia; en la parte media de hay una abertura, en la que se coloca una pequeña vela que tiene la función de calentar la esencia y esparcirla en el ambiente.

Masaje

Huete, A., menciona que el masaje, es otra forma de aplicar la aromaterapia, es aplicar el aceite esencial, sobre la piel, ya sea con un masaje, o el simple hecho de untar en alguna parte del cuerpo.

Durante el masaje, las esencias se absorben a través de la piel, por los folículos pilosos hasta la sangre o sistema linfático y luego circulan por todo el cuerpo.

El sistema olfativo, muestra una gran reacción de las emociones de acuerdo a los aromas que se perciben, por lo que la aromaterapia es capaz de transformar y equilibrar las emociones, reduciendo la ansiedad, depresión, fatiga mental, etc.

Contraindicaciones: No conviene dar masaje a personas que sufren de Epilepsia, presión alta, diabetes, problemas de corazón o enfermedad contagiosa; tampoco cuando alguna zona este inflamada, hinchada, golpeada, con varices, en mujeres con menos de cuatro meses de embarazo, tampoco dar masaje con poco tiempo después de haber comido.

Los aceites esenciales, por su gran concentración, no deben ser aplicados directamente en la piel, deben ser disueltos, con algún tipo de aceite para el cuerpo.

Si al comenzar a dar masaje en la espalda surge algún dolor en brazos o alguna zona se debe suspender y consultar al médico.

Almohadas y Pañuelos.

Esta es una técnica muy fácil y eficaz, únicamente se coloca sobre un pañuelo o trozo de tela una gota de esencia y se coloca dentro del cubre almohada, así pudiendo obtener un sueño relajante y reparador.

Advertencias:

- Nunca se debe usar sobre la piel, por ser muy irritantes: Canela (corteza u hoja), clavo y ruda.
- No usar durante el embarazo, por ser abortivos o tóxicos: Angélica, Albahaca, Corteza de Canela, Salvia romana, Hisopo, Enebrina, Levístico, Mirra, Orégano, Poleo, Romero, Salvia, Ajedrea, Hinojo dulce, Mejorana y Tomillo. Hay que recordar que se recomienda no usar aromaterapia hasta el cuarto mes de embarazo.
- Para niños, solo deben usarse, estos aceites: Manzanilla, Salvia romana, Eucalipto, Geranio, Enebrina, Espliego, Menta, Rosa, Romero, Mejorana, Planta de té.
- No se debe aplicar esencias cítricas antes de salir al sol.

En el anexo 9, se muestra un breviario de esencias básicas.

2.4 TERAPIA DE CAMPO MENTAL DE CALLAHAN (TCM)

2.4.1 Concepto

La TCM, es una técnica que trabaja a base acupresion, en determinadas partes del rostro y parte superior del cuerpo.

Esta técnica, equilibra el sistema energético del cuerpo, que se desbalanceo por algún trauma emocional o físico, así como por alguna adicción.

2.4.2 ANTECEDENTES

El Dr. Roger J. Callahan, fundador de la Terapia de Campo Mental (TCM). Callahan, se graduó en la Universidad de Michigan y recibió un Doctorado en Psicología Clínica, en la Universidad de Syracuse. Fue presidente de la Academia Americana de Psicólogos en Terapia de Matrimonial y Familiar y la sociedad de Psicólogos escolares de Michigan de formación del condado de Wayne.

La Terapia del Campo Mental, fue descubierta y desarrollada por el Dr. Roger Callahan, en el campo de la psicología experimental y energética. Inicio sus descubrimientos con observaciones basadas en la percepción sensorial de fenómenos reales y concretos.

El doctor Callahan desarrollo la teoría de la TCM observando directamente experimentos replicables de primera instancia. Al principio, observo esto cuando una paciente, se dio golpecitos bajo el ojo, influyo para que su grave fobia, que nunca había respondido a ningún tratamiento, mejorara.

Tras el éxito con su paciente, el Dr. Callahan intento repetir esto con varios de sus pacientes; sin embargo, observó que la mayoría de ellos no respondía a este tratamiento de un solo punto para las fobias. Lo que hizo el Dr. Callahan fue encontrar otros puntos que pudieran ayudar a las otras personas. Así fue como descubrió lo que llamo Inversión Psicológica (IP), así como su corrección. Cuando aplico la corrección de la IP, su nivel de éxito alcanzo prácticamente el doble.

Actualmente es un miembro de la Academia Americana de Psicoterapeutas que brinda tratamiento de adicciones. También, ha tenido práctica privada de psicoterapia en Detroit, Nueva York, Los Ángeles, Indian Wells y La Quinta California.

Actualmente el Dr. Callahan, dirige el Centro de Formación de Terapia de Campo Mental, en La Quinta California. Este centro, da capacitaciones a profesionales que quieran instruirse en la TCM y trimestralmente publica boletines.

2.4.3 Estructura.

Para trabajar con la técnica de la TCM, se maneja lo que se llama holones, que son conjugaciones de algoritmos específicos, que se explicara más adelante.

La técnica consiste en dar golpecitos firmes en holones específicos, los golpecitos se dan con el dedo índice y dedo mayor.

Algoritmos:

- ♣ **o**, significa *ojo*, se ubica por debajo del parpado (zona donde tienden a hacerse las llamadas ojeras).
- ♣ **b**, significa *brazo*, se ubica donde inician las costillas.
- ♣ **c**, significa *clavícula*, se ubica debajo de la v del cuello.
- ♣ **9 g**, significa *nueve gamas*, se ubica en el dorso de la mano, entre los nudillos del dedo meñique y el dedo anular, a 2 cm de la muñeca.
- ♣ **cc**, significa comienzo de la ceja, se ubica dónde comienza la ceja, cerca de la nariz.
- ♣ **dm**, significa dedo meñique, se ubica en la yema del dedo al lado de la uña.
- ♣ **g 50**, significa gama, pero potencializado a 50 veces.
- ♣ **bn**, significa bajo la nariz, se localiza, arriba del labio superior.
- ♣ **di**, significa dedo índice, se localiza en la yema del dedo, junto a la uña, frente al pulgar
- ♣ **dm**, significa dedo meñique, se localiza en la yema del dedo, al lado a la uña.

- ♣ **or**, que significa, ojos rodando, se realiza girando los ojos del piso al techo.
- ♣ **fo**, que significa fuera del ojo, se localiza en la cien.
- ♣ **m**, que significa mentón, se ubica en el espacio que esta entre el mentón y el labio inferior.
- ♣ **IP**, significa inversión psicológica, se ubica en la parte media de la mano , del lado del dedo meñique
- ♣ **sc**, se utiliza en los holones y que quiere decir sucesivamente.

Holones

Los holones son las conjugaciones de los algoritmos, que se dan para casos específicos. Para explicarlo mejor, usaremos el ejemplo de hacer un sándwich, pues se colocan los algoritmos como si fuera una capa de pan, después en medio va 9 gama y en seguida como otra capa de pan irían nuevamente los algoritmos específicos, como extra, va la abreviatura sc, como una simple señalización, de que el ejercicio, se debe realizar nuevamente.

Ejemplo:

Para el caso de una ansiedad leve y/o estrés, se utilizan los algoritmos o, b, c; por lo que para formar un holon, se estructuraría de la siguiente manera: o , b , c, - 9 g - o , b , c se puede abreviar con (sc), es decir se escribe o, b, c, (sc), en vez de todo lo demás antes escrito.

Para finalizar, siempre se realiza una relajación rápida, que consta de subir la vista hacia el techo mantenerla ahí unos segundos y posterior a esto bajar la vista hacia el suelo y mantenerla unos segundos, siempre se termina cada ejercicio de esta manera

Realización de 9 gama.

1. Indique al cliente que cierre los ojos.
2. Indique enseguida que los abra.
3. Indique que mueva los ojos hacia abajo y hacia un lado.
4. Indique que mueva los ojos hacia abajo y hacia el otro lado.
5. Indique que gire los ojos en círculo hacia una dirección.
6. Indique que gire los ojos en la dirección opuesta.
7. Indique que tararee una melodía de cinco notas, fuerte y con la boca abierta. Mientras se dan golpecitos con el dedo índice y el dedo mayor.
8. Indique que cuente en voz alta del uno al cinco, mientras se golpetea como ya se indicó.
9. Vuelva a tararear la melodía, fuerte, pero con la boca cerrada.

Las inversiones psicológicas (IP)

Es la ley de la inversión para la Técnica de campo mental (TCM). La inversión psicológica es literalmente un estado en el cual la polaridad del cuerpo se invierte. Este estado o condición bloquea la curación natural e impide que funcionen otros tratamientos que, de no existir la inversión, serían efectivos.

El Dr. Callahan descubrió que una persona que se encuentra en estado de inversión psicológica no puede responder a un tratamiento con TCM que, de no existir la inversión sería efectivo. Una persona puede sufrir una inversión psicológica en una sola área de la vida, en unas cuantas áreas seleccionadas o en muchas de estas áreas. Por ejemplo, una persona que sufre un bloqueo

mental para aprender matemáticas puede sufrir una inversión psicológica únicamente en esta área y no en otras materias.

Se considera que una persona sufre de una inversión psicológica en la mayoría de los ámbitos de la vida o en todos ellos, sufre una inversión masiva. El estado de IP por lo general va acompañado con actitudes negativas y auto sabotaje.

La corrección psicológica es un paso vital para aplicarle un tratamiento exitoso a la persona que sufre la inversión.

Para reconocer una inversión psicológica, se dan los siguientes ejemplos:

- ◆ La CTM u otros tratamientos (por ejemplo un tratamiento medico, que por lo normalmente es efectivo), no funcionan.
- ◆ Invierte las palabras, los conceptos o los números (las personas dicen derecha, cuando quieren decir izquierda).
- ◆ Dislexia (puede que sea un estado de invasión masiva, que más adelante se explicara).
- ◆ Estado de ánimo irritable y negativo, con tendencia a enojo.
- ◆ Comportamiento de auto sabotaje.
- ◆ Indecisión.
- ◆ Tener un bloqueo mental, en un área en particular, como las matemáticas, la escritura, las computadoras, etc.
- ◆ El paciente no responde al tratamiento de los holones que se identificaron como correspondientes a su padecimiento.

Corrección de la IP

Golpetee 15 veces el punto IP, que se ubica en la parte media de la mano, del lado del dedo meñique, mientras se concentra en el problema. Una vez corregida la IP, se debe disminuir la escala de USM, después de repetir los

mismos holones que se le dieron al principio, si nuevamente no ocurre un cambio, se realiza una nueva inversión psicológica, conocida como IP recurrente, que se explica a continuación.

Corrección del IP Recurrente (IPR)

Frote el punto sensible, que se encuentra en el lado izquierdo del pecho, mientras se concentra en el problema.

Se repiten nuevamente los holones que ya se habían establecido y nuevamente se tiene que verificar el número de USM, si aun no disminuye 2 puntos o más, se tiene que realizar la IP masiva, que se explica a continuación.

Corrección de la IP Masiva (IPM)

Frote el punto sensible, que se encuentra en el lado izquierdo de pecho, mientras se piensa en el problema y limitaciones en todas las áreas de la vida.

Se repiten los holones que ya se habían proporcionado, y se vuelve a calificar la USM, si aún no ha disminuido 2 puntos o más, se realiza el IP2, que se explica a continuación.

Corrección Psicológica, a segundo nivel (IP2)

Esta se debe realizar cuando hubo un cambio leve o no hubo cambio en la USM tras repetir los holones después de la inversión psicológica (IP).

El ejercicio de IP2, consiste en golpetear el algoritmo conocido como bn, 15 veces mientras se concentra en el problema.

Toxina Ambiental (TA)

Una toxina ambiental, es cualquier toxina que se encuentra en el entorno, como por ejemplo, el suavizante de ropa de la persona, el fijador de cabello, el

perfume, el humo o cualquier otra sustancia que se encuentre en el aire y que entra al cuerpo a través de los pulmones.

El Dr. Callahan, descubrió que dichas toxinas pueden impedir que el tratamiento funcione o mantenga su efecto. Para una toxina inhalada, en el pasado, los clientes hubieran tenido que quitarse la ropa y cambiarse con ropas que no hubiesen sido lavadas con sustancias tóxicas. También podían utilizar una mascarilla para no inhalar el humo del entorno. Otra opción era que se lavaran el cabello antes de tener sesión de TCM.

La corrección que se explica a continuación, funciona y no hay necesidad de cambiarse de ropa o bañarse, o alguno de los ejemplos antes expuestos.

Corrección de Toxinas Ambientales (TA).

Golpetee el dedo índice 15 veces. Golpetee el punto de la IP específica (filo de la mano, del lado del dedo meñique) 15 veces, luego repita el tratamiento que no ha funcionado.

2.3.3 Ejercicio de Respiración clavicular (RC2)

La respiración de clavícula (RC2), es un tratamiento que desarrolló el Dr. Roger Callahan y que con frecuencia permitirá que un problema que presenta una gran resistencia responda a los tratamientos de la TCM. La RC2 es útil con frecuencia en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno por Déficit de Atención (TDA), Dificultad de Aprendizaje (DA), Dislexia, Tartamudeo, Síndrome de Tourette.

Posiciones de Respiración

1. Respirar profundo y retener el aire.
2. Soltar la mitad del aire y retener la otra mitad.
3. Soltar el resto del aire y mantenerse así.

4. Tomar la mitad del aire que se tomó en la posición 1 y retenerlo.
5. Respirar normalmente.

Posiciones de contacto:

1. Con las yemas de dos de sus dedos, toque uno de los puntos de clavícula y golpetee el punto gama que se encuentra en el dorso de la mano, mientras efectúa las 5 posiciones de respiración. Golpetee rápidamente, aproximadamente 5 golpecitos por cada una de las cinco posiciones de respiración.

2. Mueva los dos dedos hacia el otro punto de la clavícula y repita el paso anterior.

3. Ahora doble los mismos dedos a la mitad y toque con los nudillos el punto de la clavícula mientras golpetea y efectúa las cinco posiciones de respiración. Puede doblar hacia adentro el dedo pulgar o mantenerlo en el aire. Asegúrese de que los codos estén en el aire cuando este tocando el cuerpo con los nudillos, para que únicamente los nudillos toquen en cuerpo.

4. Mueva los nudillos al otro punto de clavícula y golpetee mientras efectúa los cinco pasos de respiración. Asegúrese que sólo los nudillos estén tocando el cuerpo.

5. Ahora con las yemas de los dedos de la otra mano, repita los pasos 1 y 2.6. Ahora con los nudillos de esta otra mano, repita los pasos 3 y 4, asegurándose que sólo los nudillos estén tocando todo el cuerpo. Acaba de llevar a cabo los 40 ejercicios de respiración y golpeteo, 20 con las yemas de los dedos y 20 con los nudillos.

2.4.4 Protocolo

- ♠ Pida una breve descripción del problema emocional que va a tratar. Si la persona no puede decir con exactitud, cual es el problema, basta con saber cuál es la categoría general (es decir: fobia, trauma, adicción, enojo, depresión, etc.)
- ♠ Pida a la persona que piense en el problema y que de una calificación al nivel de malestar que se siente cuando piensa en el problema, en una escala de USM ya sea del 1 al 10 o de 0 al 10, donde 10 representa el mayor grado de malestar posible y 0 o 1 la ausencia de malestar.
- ♠ Pida a la persona que golpetee los holones indicados para su malestar.
- ♠ Pída a la persona que golpetee mientras usted le hace una demostración de donde debe golpetear en su propio cuerpo. El golpeteo es de 5 a 7 veces, con la fuerza suficiente, para darle energía al cuerpo, pero con la suficiente suavidad para no lastimar. Luego, se vuelve a pedir a la persona de una nueva calificación de USM.
- ♠ Si la calificación en USM se redujo en 2 puntos o más, vaya al paso IP, que consiste en golpetear 15 veces el punto IP, que se ubica en la parte media de la mano, del lado del dedo meñique, mientras se concentra en el problema.
- ♠ Si la calificación de la USM sigue siendo la misma, o si baja un punto, aplique el tratamiento para la inversión psicológica recurrente, que consiste en, frotar el punto sensible, que se encuentra en el lado izquierdo del pecho, mientras se concentra en el problema y después, repita los holones ya especificados y pida una calificación de la USM.

- ♠ Si las USM bajaron 2 puntos o más, significa que el tratamiento ya está funcionando y se realizan nuevamente los holones especificados, hasta llegar a un UMS nulo.
- ♠ Si aún no han cambiado la USM, o sólo bajaron un punto, realice, IP masiva, que consiste en, frotar el punto sensible, que se encuentra en el lado izquierdo de pecho, mientras se piensa en el problema y limitaciones en todas las áreas de la vida, se pide una nueva calificación de la USM.
- ♠ Si las USM siguen siendo las mismas o si solo bajaron un punto, realice la IP2, que consiste, en golpetear el algoritmo conocido como bn, 15 veces mientras se concentra en el problema, nuevamente se pide que se realice el holon ya establecido y se pide una nueva calificación de la USM, si la USM solo redujeron un punto, realice el ejercicio de Toxina ambiental, que consiste en Golpetear el dedo índice 15 veces, también, se golpetea el punto de la IP especifica (fillo de la mano, del lado del dedo meñique) 15 veces, luego repita el tratamiento que no ha funcionado. Si aún no baja más la USM, realice el ejercicio de Respiración clavicular, junto con el ejercicio de posiciones de respiración, que se explicó en el punto 2.4.14, y 15.
- ♠ Posterior a esto nuevamente se pide al cliente que realice los holones especificados. Si a pesar de realizar todos estos pasos, no hay mejora favorable, se debe citar otro día al paciente, pues ya está muy bloqueado. Estos ejercicios, se pueden realizar en casa, para que el paciente refuerce, o, si en caso de emergencia llegara a sufrir una crisis, pueda realizar sus ejercicios para calmar su dolencia psíquica.

En el anexo 9, se muestra el cuadro de Holones, que son ejercicios para síntomas específicos, como por ejemplo, ansiedad, estrés, etc

III PROPUESTA DE INTERVENCION

Primera sesión.

Al inicio de cualquier tratamiento psicológico es fundamental generar rapport con el paciente, para brindarle confianza y seguridad y así lograr se desenvuelva con naturalidad.

En la primera sesión, se debe adquirir los datos generales del paciente, tanto los personales y médicos, tanto como el motivo de consulta.

Es de relevancia cerciorarse sí el paciente tiene antecedentes de alguna enfermedad de tipo físico o psiquiátrica, para descartar o no el uso de algún medicamento que cause efectos secundarios de relevancia, que a su vez pudiera causar algún tipo de inestabilidad corpórea o psíquica.

Toda la información a recabar, se puede obtener mediante la entrevista clínica, pero para no perder de vista ningún aspecto, se recomienda la utilización de un formato impreso y la autorización del paciente para ser grabado; esta estrategia da como ventaja que al no tener que centrarse en escribir, se pueda prestar total atención tanto al lenguaje verbal, como al no verbal, únicamente escribiendo pequeñas notas de las situaciones relevantes que vayan surgiendo; al final de la sesión, el terapeuta con ayuda de la grabación puede vaciar la información en el formato impreso, para generar el expediente del paciente.

En el anexo 10, se puede observar un ejemplo de formato de lo antes mencionado.

El ejemplo de formato antes referido, pretende que el psicoterapeuta comience a indagar acerca de los datos generales del paciente; también dando pie a iniciar un análisis acerca de la dinámica familiar en que vive, la estabilidad o inestabilidad que existe en ella, así como si esta pudiera ser una causa que influye o influyera el desarrollo de algún trastorno de salud físico o psíquico

Gracias a la información recabada, es que el psicoterapeuta puede comenzar a dar un diagnóstico. El diagnóstico por lo general, podrá especificarse en un aproximado de 2 sesiones, con excepción de indagar que pudiera tratarse de trastornos más complejos, como por ejemplo: Trastorno de Asperger, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o trastornos complejos como por ejemplo, Trastorno Disocial y Antisocial, etc. En sí al tratarse de trastornos que requieran de evaluaciones más profundas por medio de la utilización de psicometrías, que permitan dar un diagnóstico certero.

Una excelente guía para los psicoterapeutas, es *el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, versión IV, 2011), creado por la Asociación americana de psiquiatría, donde se muestran los síntomas y parámetros pertinentes para generar un diagnóstico certero de un trastorno específico.

En caso de que el psicoterapeuta tenga la tentativa de que su paciente identifique que el paciente pudiera estar experimentando algún tipo de trastorno psiquiátrico, por alguna falla neurológica u orgánica; se debe evaluar arduamente para identificar si es necesario o no recomendarle que acuda a un tipo de atención médica y/o psiquiátrica, que ayude a determinar si es necesario o no el uso de algún medicamento, que él le proscriba.

Otra situación referente al motivo de consulta, es no olvidar indagar acerca de desde hace cuánto presentan los síntomas el paciente, si reconoce la existencia de algún o algunos sucesos que pudieran haber desencadenado dichos problemas y sí ha tratado de resolverlos de alguna otra manera. Probablemente el paciente comente en que otras áreas de su vida están afectando este problema, pero de no ser así, el terapeuta tiene que indagar, ya que esos aspectos también serán fundamentales en el tratamiento.

En esta propuesta de intervención, se considera importante, esclarecer en la primera sesión, si el paciente evidencia tener trastornos de ansiedad o depresivo en un nivel crítico o avanzado, ya que al encontrarse en estas etapas, existen síntomas de riesgo, como por ejemplo el suicidio; por lo que es necesario que en ese momento el psicoterapeuta evalúe la opción dar un tratamiento de apoyo, con terapias alternativas complementarias, como flores de Bach, Terapia de Campo mental de Callahan, etc., con la finalidad de proporcionar una herramienta con que afrontar de mejor manera los síntomas presentado hasta la siguiente sesión.

Las tipificaciones de algunas terapias alternativas que se proponen en esta investigación, se ubican a partir del anexo 7.

Al final del formato, el terapeuta debe llenar el espacio de observaciones, espacio en el que puede expresar la impresión que le dio el paciente, por ejemplo, si denotaba ansiedad, miedo, enojo; como era su vestimenta, que transmitía (con este dato se puede identificar a que nivel socio económico pertenece, si se esmera en su arreglo personal, si su vestimenta va acorde a su edad cronológica, si su ropa huele a alguna sustancia toxica que evidencia alguna drogodependencia no expresada, etc.) y finalmente qué decía su lenguaje corporal, si es correspondiente al verbal o lo contradecía.

Toda la información recabada, a su vez da pie, a que en caso de ser necesario comprobar la veracidad de lo que dice el paciente, el psicoterapeuta tenga el material con que hacerlo.

En esta misma sesión, es necesario comenzar a explicar al paciente, con qué tipo de terapia se trabaja y en que consiste. En este caso, al tratarse de la terapia cognitivo conductual, hay que puntualiza que esta, se basa en la creencia de que gran parte de los problemas que se tienen, uno mismo los genera o permite que existan, debido a las creencia/s y/o conductas con que

se interpretar las situaciones o circunstancias, y que por lo general estas, son realizadas de una manera equivocada, distorsionada o disfuncional, porque de no ser así, no existiría problema alguno

En ese momento se debe desglosar los conceptos principales de la psicoterapia, con la finalidad de que el paciente comience a comprender con qué y cómo se trabaja; por ejemplo:

Las ideas irracionales, disfuncionales, son generadas por creencias intermediarias y creencias centrales, que se caracterizan, por ser ideologías muy arraigadas, por lo regular aprendidas de generación en generación, por lo que surgen con naturalidad, de manera espontánea; son creencias que siempre están presentes y/o que aparecen de manera intermitente; todas estas conjuntan las llamadas distorsiones cognitivas, que a su vez se clasifican en diferentes tipos, por ejemplo la llamada sobregeneralización, el pensamiento catastrófico, etc. De esta manera el terapeuta debe ir explicando a grandes rasgos los conceptos.

Hay que señalar al paciente que en gran medida, de él dependerá que el tratamiento sea efectivo, ya que la función del psicoterapeuta, es guiarle a identificar sus distorsiones cognitivas, es decir sus ideas irracionales o disfuncionales y enseñarle a modificarlas por otras ideas más funcionales; por lo que él marcará con qué rapidez y progreso llevara su tratamiento progreso, ya que este dependerá su desempeño y a la aceptación al cambio.

La motivación del paciente es muy efectiva para su desempeño en el tratamiento, por lo que se puede mencionar, la finalidad y la ventaja que le proporciona este tipo de psicoterapia, la cual es, que al aprender a actuar funcionalmente será muy difícil que vuelva a surgir nuevos y actuales problemas, porque aprenderá a hacer consciente la manera de evitarlos, por lo que podrá alcanzar una vida más plena y llena de autorrealización.

Para cerrar esta sesión, se le proporciona al paciente el cuestionario de informe de terapia, ubicado en el anexo 1; que tiene la función de permitir evaluar al terapeuta el rapport que genera en su paciente, así como los aspectos a mejorar para la siguiente sesión.

Segunda Sesión.

Antes de pasar al paciente a sesión, se le otorga el formulario puente entre sesiones, ubicado en el anexo 2; el cual, tiene la función de indicar que problemas experimentó en la semana, con este dato el terapeuta puede observar la frecuencia con que se presenta el problema expresado y así dar el tratamiento pertinente.

Al iniciar la consulta, se debe generar rapport y en caso de haberle otorgado al paciente algún apoyo de tipo alternativo, se debe preguntar sobre la efectividad del tratamiento, si ha experimentado algún cambio en sus emociones, si la intensidad de estas ha bajado, o si ha surgido alguna otra emoción que lo esté perturbando; en caso de que se haya presentado alguna de las situaciones antes mencionadas, se explica al paciente que es algo normal con respecto a las flores de Bach, debido a que este tratamiento de tipo herbolario, tiene la cualidad de ir sacando las emociones que se hallaban estancadas en el interior de una persona, por lo que en ocasiones van surgiendo emociones distintas, ante lo cual, se debe ir cambiando la fórmula de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo.

Si se proporcionó tratamiento con Terapia de Campo Mental de Callahan, de igual manera, hay que cerciorarse de su efectividad, identificar si se están realizando los ejercicios de manera correcta; en caso de no observarse disminución en la emoción experimentada, se puede trabajar con las

correcciones Psicológicas que incluyen las toxinas ambientales y las correcciones IP.

Y con respecto a la aromaterapia, se puede mantener el mismo tratamiento, por tiempo indefinido, por la nobleza y naturalidad de este tipo de productos, solo que se requiera generar alguna otra conducta, se cambia el uso de esencias, como por ejemplo para relajación se utiliza esencia de rosa, para activación física y mental esencias de cítricas, etc.

Para revisar a grandes rasgos las características y tipificaciones de cada tratamiento se puede revisar el Capítulo II, así como los anexos a partir del 7, de esta investigación.

Se recomienda si existe la necesidad de trabajar con Ejercicios de Bioenergética por sospecharse de algún caso de abuso sexual, siempre se realice en compañía del psicoterapeuta.

El siguiente punto a trabajar en esta sesión es la Historia de Vida. Se debe explicar al paciente en que consiste y la finalidad de esta.

La Historia de vida, una valiosa herramienta para el psicoterapeuta, ya que con la información que proporciona, es posible conocer los aspectos relevantes de las etapas de la vida del paciente.

Para recabar la información de la historia de vida, es funcional, crear un formato de apoyo, para generarlo, se pueden retomar a los siguientes autores, que dan pauta a cada una de las características que engloba cada una de las etapas del desarrollo:

Cueli, J., Reidl, L., Marti, M., Et. Al. (2003), retoman a Rousseau, quien clasifica cuatro etapas del desarrollo:

1. Infancia, del nacimiento a los dos años.

2. Niñez, de los dos a los doce años

3. Pubertad de los 12 a 15 años

4. Adolescencia de los 15 a 25 años.

Los autores antes mencionados, también retomando a Freud, con su teoría psicosexual y Erickson con su teoría psicosocial, que no solo abarcan etapas del desarrollo del niño, también abarcan las características de la adultez, que modernamente, se ha tenido la tendencia de a clasificarla en dos:

Adulto Joven

Adulto Mayor.

Con ayuda de la información antes mencionada, se puede crear el formato de Historia de vida de acuerdo a las etapas y características que especifican cada uno de estos autores.

Al escrudiñar las etapas de la vida del paciente, el psicoterapeuta, cuenta con la información necesaria, para identificar las posibles causas del desarrollo del problema actual, como por ejemplo situaciones dolorosas vividas, tal vez aun no resueltas, etc. ; con fines de proporcionar un tratamiento pertinente.

Junto con el formato de historia de vida y la utilización de una grabadora, el recabado de información tendrá más practicidad y fiabilidad.

En el anexo 11, se muestra, una propuesta de formato de Historia de vida.

Es muy posible que durante la realización de la historia de vida, pudiera surgir la enunciación de problemas que por la necesidad del paciente, requiera una atención inmediata; en ese momento el psicoterapeuta debe actuar de tal manera que pueda relajar esa situación, al lograrlo, debe especificar que en

futuras sesiones, se dedicara una en específico para tratar dicho problema y los que pudieran surgir más adelante.

Otro aspecto a trabajar, es el motivo de consulta, en este momento, es en el que se comienza a relacionar que distorsiones cognitivas, son las que están influyendo para la generación del problema ya mencionado; por lo que para identificarlas, se le aplicara al paciente, el inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991), ubicado en el anexo 3 de esta investigación. Se debe dar la indicación de que se conteste lo más rápido que se pueda y que no se puede borrar y volver a escribir la respuesta con el fin de que salgan con certeza los resultados.

Cuando el paciente termine el llenado del inventario, el psicoterapeuta debe rápidamente identificar qué tipo de distorsiones cognitivas tiene y explicarle en qué consisten. Posteriormente se puede relacionar como estas distorsiones cognitivas están influyendo en la creación del motivo y también se puede pedir al paciente que de ejemplos con respecto a sus actuaciones de acuerdo a las distorsiones cognitivas que resalto el inventario. Ya que el paciente tenga identificado como dichas distorsiones están interviniendo en la creación de sus problemas, se le pide proponga ideas, creencias o pensamientos funcionales, con los que pueda modificar los que le generando dificultades.

Al finalizar todo este proceso, se menciona al paciente que lo que se hizo en sí es el método con el que la terapia cognitivo conductual trabaja, por lo que es importante que comience a analizar qué actuaciones son las que le están generando problemas, para que al hacerlas consciente pueda buscar opciones de cómo y con qué modificarlas, de acuerdo a que con sus modificaciones tenga una mejoría en su vida de acuerdo a sus metas y objetivos.

Para reforzar lo trabajado en sesión, se deja de tarea, Diario para identificar ideas irracionales o distorsiones cognitivas, ubicado en el anexo 5 A y 5 B.

Al final se entrega al paciente el cuestionario puente entre sesiones ubicado en el anexo 2; para que el terapeuta tenga un parámetro de medición acerca del desarrollo terapéutico, desde la perspectiva del paciente, la dinámica psicoterapéutica.

Tercera sesión.

Se entregara nuevamente el cuestionario de informe de terapia, ubicado en el anexo 1 para que tanto el terapeuta como el paciente comiencen a adentrarse en los aspectos a trabajar en esta sesión, así como para observar que tanto se ha mantenido o ha cambiado la perspectiva que va teniendo el paciente respecto a la terapia, al terapeuta y a su padecimiento.

En esta sesión, se pueden retomar, si es que se presentaron, conflictos personales del paciente en la sesión anterior, como por ejemplo un duelo que se haya identificado como no superado, un enojo o frustración no afrontada, etc.; ante cada problema en específico, el psicoterapeuta con previo estudio del problema a trabajar, debe elegir con que técnica o ejercicio ayudara a su paciente a afrontar dicho problema, pudiéndose basar tanto en las técnicas de terapia cognitivo conductual ubicada en el capítulo 1.1.6, titulado *Otras técnicas cognitivas conductuales*; así las técnicas de algunas terapias alternativas, ubicadas a partir del anexo 7 de esta investigación. Si el terapeuta considera que después de haber terminado el proceso anterior, aun se tiene tiempo y capacidad por cansancio mental y emocional del paciente, para continuar con el trabajo del afrontamiento del motivo por el que acude a consulta, se puede trabajar con esto también en esta sesión.

En caso de que el paciente no haya esclarecido tener alguna necesidad de trabajar con algún conflicto pasado no resuelto, se procede inmediatamente a trabar con el motivo por el que acude a consulta.

Se comienza por ayudar al paciente a identificar las distorsiones cognitivas que usualmente realiza, mencionando que estas comúnmente son las que van alimentando la generación de problemas, como por ejemplo por el que acude a consulta.

Se tiene que explicar al paciente que requiere de mucho esfuerzo y práctica para modificar las distorsiones cognitivas, ya que estas tienen años en nuestras vidas, ya que han sido mayormente aprendidas durante nuestra niñez y fomentadas comúnmente por nuestra familia y seres cercanos, ahí se puede ejemplificar retomando a Beck, A., Wright, F., Newman, C., et al. (1999) que hacen referencia a las creencias centrales y creencias inmediatas, ubicado en el capítulo 1.1.4 de esta investigación.

Al ir ayudando al paciente a que comience a identificarlas por medio de incitación de, ejemplificación de sus reacciones ante situaciones específicas y las consecuencias que estas le generaron, el psicoterapeuta puede ir interviniendo para proporcionar algunos ejemplos de modificación de patrón de conducta más funcional o racional, que generarían como consecuencia reacciones más positivas tanto para las personas que se involucran con el paciente, como para sí mismo.

Mediante las ejemplificaciones antes mencionadas, se le pide al paciente que comience a trabajar con la identificación de cada una de sus distorsiones cognitivas, le puede proporcionar una hoja que puede llevarse a su domicilio, en la que se especifique cada una de estas, para que el paciente se familiarice más con ellas y la identifique, así teniendo la facilidad de racionalizar cuales son las que él tiene y así comience a trabajar en la modificación de estas. Dichos ejemplos de tipos de distorsiones cognitivas ubicadas en el capítulo 1.1.4 de esta investigación.

Se deja de tarea al paciente que analice cuales son las distorsiones cognitivas que usualmente presenta en su vida y que por medio de un diario, vaya anotando cuales son las que mayormente presenta en la semana, así como si logro modificarlas, en su caso contrario que escriba como hubiera sido mejor reaccionar ante dichas situaciones de acuerdo a las reacciones positivas que podría haber generado en la persona que se vio involucrada en dicha situación. Se puede proporcionar al paciente algunos ejemplos de estructuras de diarios que se encuentra ubicados a partir del anexo 4 al 6, comentando que puede elegir trabajar con el que considere le es más sencillo y completo para su problemática y que para la próxima sesión, debe traerlo ya llenado para que con ayuda del psicoterapeuta lo analicen.

Básicamente a partir de esta sesión, dependerá del paciente el desarrollo de la terapia, su progreso o descenso (se puede comentar esto al paciente).

Dependiendo de las situaciones que vayan surgiendo, por ejemplo en casos de fobias o situaciones obsesivas, el psicoterapeuta, tendrá que identificar con qué tipo de técnica requerirá trabajar. Se ubican los ejemplos de dichas técnicas en el capítulo 1.1.5 y 1.1.6

Cuarta Sesión

En esta sesión, se retomara lo de la siguiente, en caso de por falta de tiempo no se haya podido realizar el ejercicio de la identificación de distorsiones cognitivas, se trabaja con eso.

En caso de sí haber podido retomar lo referente a las cogniciones cognitivas, se revisará la tarea dejada al paciente, para observar el progreso o descenso que tuvo en la semana; así el terapeuta interviniendo y motivado para que continúe con dicho ejercicio para que el paciente empiece a dominar el cambio

conductual que le proporcione un bienestar personal y así lo lleve a la búsqueda de su autorrealización.

En caso de presentar algún tipo de fobia, o trastorno obsesivo, es en este momento en el que con ayuda de la identificación de las distorsiones cognitivas, así como de otras técnicas cognitivas conductuales ubicada en el capítulo 1.1.6 de esta investigación, es que se comienza a trabajar arduamente con el síntoma.

Los trastornos Obsesivos, se pueden trabajar mediante la Técnica de Exposición Gradual, explicada en el capítulo antes mencionado, esta técnica, básicamente, consiste en ayudar al paciente a afrontar su problema, acercándole gradualmente al problema específico. También puede auxiliar al paciente, para controlar la ansiedad que esto le pueda generar con ayuda de algunas terapias alternativas explicadas en el capítulo II de esta investigación.

Quinta sesión

Se continúa trabajando con la tarea del diario, referente a la identificación y modificación de distorsiones cognitivas, para continuar entrenando al paciente, con la finalidad de llegar a generar en él la capacidad de la auto didáctica modificar su conducta disfuncional por una funcional.

En caso de estar trabajando con algún tipo de Trastornos obsesivos, se continúa realizando de exposición gradual, cada acercándolo más realístamente a el problema específico.

En esta y las siguientes sesiones se trabaja con la motivación del paciente, con respecto a los beneficios que le va proporcionando el tratamiento.

En caso de que el paciente no este teniendo progresos, se le debe indicar que esto se debe a que no esté poniendo el suficiente empeño para su cambio conductual y ante esta situación el psicoterapeuta no puede hacer mucho al respecto, puede proporcionarle algún tipo de terapias alternativas para fomentar su aceptación al cambio (Flores de Bach y/o Terapia de campo mental de Callahan, ubicado en el capítulo II), pero que de quien realmente depende dicho cambio para su mejoría personal es de sí mismo.

Se comenta que debe esforzarse más y que de ver que sigue ese estancamiento en el tratamiento él tendrá que decidir si quiere continuarlo o concluirlo porque si no hay cooperación de su parte, aunque el psicoterapeuta siga motivando, ayudando escuchando, dando consejo, no habrá mejora si él mismo no se esfuerza.

De la Sexta sesión en adelante.

Se continua trabajando con las tareas del diario de las Distorsiones cognitivas.

En caso de que el paciente continúe en deceso, sin progreso por su falta de interés, se debe concluir el ejercicio terapéutico, mencionando que no tiene sentido seguir con el sí no hay interés o esfuerzo para cambiar, se le debe recomendar que si gusta puede seguir trabajando con los ejercicios que se le proporcionaron y que también puede pedir una cita nuevamente cuando haya experimentado mejorías o cambios en su conducta y que también puede buscar ayuda con otro tipo de terapia o servicio médico y que si gusta el terapeuta puede proporcionarle el dato.

El terapeuta cada vez más, tiene que comenzar a fomentar que su paciente sea capaz de trabajar por si solo sus problemas. Una manera de ejercitar lo

antes dicho s por medio de pedirle al paciente que planifique una sesión, es decir que él indique con qué y cómo trabajar en dicha sesión.

El aspecto de que el paciente comience a planear sesiones, es fundamental, debido a que le proporcionara múltiples beneficios, por ejemplo el sentimiento de independencia hacia el terapeuta, el hacerle notar que cuenta con una gran capacidad para manejar sus conflictos y que mientras que continúe trabajando con romper sus distorsiones cognitivas, continuara acrecentando su capacidad para controlar sus problemas y prevenir los futuros que pudieran venir.

En resumen se le debe proporciona seguridad y fortaleza, ayudándolo a darse cuenta de que él puede tener el control sobre sí mismo.

El ejercicio de que el paciente planee su sesión terapéutica, le servirá de entrenamiento para afrontar de mejor manera sus últimas sesiones, pues para algunos pacientes, o para la mayoría el saber que ya no verán a su terapeuta hasta meses después o anualmente les genera mucha ansiedad, por creer que no están preparados para trabajar por su propia cuenta .

Con dicho ejercicio el terapeuta poco a poco le proporcionara la seguridad de que está listo para trabajar por sí mismo; sin olvidar que mejorar.

Al transcurrir la última sesión, el terapeuta le indicara al paciente que podrá, concertar una cita anualmente o en un momento que le sea necesario, para consultar alguna cuestión que le perturbe , así como para que el tanto el mismo como el psicoterapeuta puedan observar su gran progreso.

Y así se finalizaran las sesiones terapéuticas.

CONCLUSION

La terapia cognitivo conductual, por su estructuración como psicoterapia, como por sus técnicas, es una alternativa de tratamiento psicológico breve, funcional y que perdura.

Breve por el hecho de que no se centra en abarcar el pasado del sujeto, tiene consciencia de que existe y de que en algunos casos, como por ejemplo para identificar como se crearon algún tipo conductas, es que considera necesario retomarle, pero aun así, se centra poco en él. También ayuda al paciente a que considere que el pasado existe, que no se puede cambiar, que justamente es pasado, lo único que puede hacerse con él, es afrontarlo, aceptarlo, perdonarlo, y dejarlo fluir, desde la perspectiva de aprender a modificar la forma de percibir las cosas, y hallar la manera de encontrar la funcionalidad de que este haya sido de tal manera, así consiguiendo que los sucesos vividos ya no lastimen.

Funcional, debido a que este tipo de psicoterapia ayuda a que el paciente se reeduce y comience a actuar únicamente centrándose en realizar conductas racionales y funcionales para su vida.

Y que perdura, porque al aprender a actuar de manera racional y funcional, raramente el paciente permitirá verse inmiscuido en situaciones o conductas que le provoquen conflictos.

Existe un gran problema al aprender a modificar las conductas y este es el miedo o la dificultad de enfrentarse al cambio y una manera muy clara de comprender como se desarrolla dicha ideología se encuentra plasmada en un gran Best Seller llamado *Quien se ha llevado mi queso (2000)*; este libro va esclareciendo por qué en ocasiones resulta tan difícil aceptar cambiar, pero a su vez también ayuda a esclarecer que al no permitirse cambiar se pierden muchos beneficios personales, ante lo cual impulsa a cambiar por alcanzar la autorrealización, que en sí es la finalidad de la terapia cognitivo conductual.

Con respecto a lo antes mencionado, es donde las terapias alternativas, fungen como un excelente complemento de apoyo para fomentar la aceptación, en el caso de esta investigación se sugiere el uso de las flores de Bach, a la Terapia de Campo mental de Callahan y la aromaterapia y la bioenergética, debido a que estas resultan benéficas para generar la relajación y así tener una mente abierta para afrontar y vencer la dificultad y la ansiedad que ocasiona aceptar cambiar; situación muy comprensible, ya que modificar las conductas aprendidas durante la vida no es una tarea sencilla, conlleva esfuerzo y entendimiento de que pueden existir recaídas, por las dificultades a las que se puede enfrentar durante adaptación al cambio, pero teniendo en cuenta que al forjarse fuertemente la idea de querer cambiar, aprendiendo a modificar las conductas y pensamientos por otros que sean más funcionales y racionales, se llegara a tener el beneficio de llegar a auto realizarse y por ende conseguir felicidad y estabilidad personal.

Con respecto a la terapia bioenergética, esta también muestra poder brindar apoyo complementario con respecto a tratar con casos de experiencias referentes a algún tipo de violencia, ya sea física, emocional o psicológica,

esto debido a que contiene ejercicios físicos, que promueven tanto un desahogo y relajamiento emocional y corporal, desde la perspectiva de que ante cualquier tipo de violencia se tiende a generar un recuerdo y una tensión o contractura muscular puede perdurar por mucho tiempo y al no relajarse y deshacerse, el trauma en sí, no desaparecerá. Este tipo de ejercicios tienen la finalidad de ayudar al paciente a romper y concluir con cualquier ciclo de violencia que haya experimentado y comenzar a trabajar bajo el cambio de las conductas que dan pauta a permitirse ser violentado.

Con respecto a la propuesta de intervención que esta investigación lanza, se puede concluir que existe una gran compatibilidad en cuanto al alternar el uso de la psicoterapia cognitivo conductual, con algunas terapias alternativas ya mencionadas con anterioridad, debido a que ninguna de las herramientas de trabajo interviene o quita subjetividad con el trabajo terapéutico psicológico, sino más bien lo fortalece, dando ejercicios de apoyo dentro y fuera de consulta, que proporcionen al paciente la seguridad necesaria para continuar con su tratamiento de una manera digerible y sencilla, debido a que el psicoterapeuta goza de toda consciencia y conocimiento de que los pacientes al enfrentarse a sus problemas y realidades enfrentan un fuerte golpe tanto a las emociones, como a los egos, por lo que afrontar la realidad no es una situación sencilla, porque denota cansancio y tomar un gran valor para afrontar, por lo que al brindar herramientas de apoyo extra para la psicoterapia, que en este caso son las terapias alternativas, el psicoterapeuta muestra respeto y hasta emotividad hacia el bienestar del paciente, debido a que al proporcionar lo ya mencionado ayuda al paciente a que sufra menos en el desarrollo terapéutico.

Con todo lo antes mencionado, se puede concluir que el generar nuevas propuestas de intervención clínica, se puede apoyar de terapias alternativas complementarias, sin afectar de ninguna manera a las teorías psicológicas existentes, mientras no se tenga como ideología, el querer remplazar o la minimizar la importancia de las teoría psicológicas, sino más bien siempre teniendo en cuenta que dichas terapias alternativas a utilizar solo son un complemento de apoyo en la rehabilitación del paciente, para minimizar el sufrimiento emocional.

También esta propuesta surge con la ideología de que al proporcionar terapias alternativas que ayuden a que los tratamientos sean más rápidos, se promueva la aceptación al cambio y se comiencen a romper falsos esquemas tan comunes en nuestra sociedad acerca de que los tratamientos psicológicos no son funcionales; fundamentos creados y difundidos por personas que al no soportar afrontar la ansiedad y cansancio mental, que en todo tratamiento psicológico se experimenta, abandonan sus tratamientos y formulan ese tipo de conclusiones.

Para todo psicoterapeuta, es de total satisfacción, ver a un paciente rehabilitado, y tener la certeza de que seguramente este, será un fiel difusor de la funcionalidad e importancia del trabajo del psicólogo. De esta manera, al proporcionar a la gente tratamientos basados en teorías y complementos alternativos se tiene la utopía, de que al poderse observar rápidos y buenos resultados, se incremente la aceptación y el interés por la salud mental, así como por el promotor de esta, que es el psicólogo.

Anexo 1

INFORME DE TERAPIA

1. ¿Qué cosas de las que se trataron hoy, son importantes para recordar?
2. ¿En qué medida, pudo confiar hoy en su terapeuta?
3. ¿Hubo algo que le molestó hoy en su sesión? ¿En caso afirmativo, que cosa fue?
4. ¿Cuánto trabajo hizo en su casa, para la sesión de hoy? ¿Qué posibilidades hay de que cumpla con las nuevas tareas asignadas?
5. ¿Qué cosa querría asegurarse de tratar en la próxima sesión?

Anexo 2

FORMULARIO PUENTE ENTRE SESIONES

1. ¿Qué punto importante tratamos en la sesión anterior? ¿Qué aprendió usted? (1 a 3 oraciones)
2. ¿Hubo algo que le molestara en la sesión anterior? ¿Hay algo que le cueste trabajo manifestar?
3. ¿Cómo transcurrió la semana? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo, comparándolo con el de otras semanas? 1 a 3 oraciones)
4. ¿Sucedió esta semana algo que merezca la pena de ser discutido? 1 a 3 oraciones)
5. ¿Qué problemas desea incluir en el plan? 1 a 3 oraciones)
6. ¿Qué tareas hizo/ no hizo? ¿Qué aprendió?

Anexo 3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos.

Siguiendo la escala que se presenta a continuación: **0**= Nunca pienso eso **1**= Algunas veces lo pienso **2**= Bastante veces lo pienso **3**= Con mucha frecuencia lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan0 1 2 3
2. Solamente me pasan cosas malas.....0 1 2 3
3. Todo lo que hago me sale mal0 1 2 3
4. Sé que piensan mal de mi0 1 2 3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?0 1 2 3
6. Soy inferior a la gente en casi todo0 1 2 3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.....0 1 2 3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!.....0 1 2 3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....0 1 2 3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.....0 1 2 3
11. Soy un desastre como persona..... 0 1 2 3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa..... 0 1 2 3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas..... 0 1 2 3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden..... 0 1 2 3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa..... 0 1 2 3
16. Es horrible que me pase esto..... 0 1 2 3
17. Mi vida es un continuo fracaso..... 0 1 2 3
18. Siempre tendré este problema..... 0 1 2 3
19. Sé que me están mintiendo y engañando..... 0 1 2 3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?..... 0 1 2 3
21. Soy superior a la gente en casi todo..... 0 1 2 3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....0 1 2 3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....0 1 2 3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo..... 0 1 2 3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas..... 0 1 2 3
26. Alguien que conozco es un imbécil..... 0 1 2 3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa..... 0 1 2 3
28. No debería de cometer estos errores..... 0 1 2 3
29. No quieren reconocer que estoy en lo cierto..... 0 1 2 3
30. Ya vendrán mejores tiempos.....0 1 2 3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más..... 0 1 2 3
32. Soy incompetente e inútil..... 0 1 2 3
33. Nunca podré salir de esta situación..... 0 1 2 3
34. Quieren hacerme daño.....0 1 2 3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.....0 1 2 3
36. La gente hace las cosas mejor que yo..... 0 1 2 3
37. Soy una víctima de mis circunstancias..... 0 1 2 3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.....0 1 2 3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo..... 0 1 2 3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.....0 1 2 3

41. Soy un neurótico.....0 1 2 3
 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.....0 1 2 3 43.
 Debería recibir más atención y cariño de otros.....0 1 2 3
 44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.....0 1 2 3
 45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor.....0 1 2 3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION TOTAL

FILTRAJE 1-16-31 ()

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()

VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()

PERSONALIZACION 6-21-36 ()

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()

CULPABILIDAD 12-27-42 ()

LOS DEBERIA 13-28-43 ()

FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()

Anexo 4

FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC Institute for Rational – Emotive Therapy 45 East Street, New York N.Y. 10021212 535 – 0822		
(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES , pensamientos o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbado o actuar de forma autodevaluadora.		
(C) CONSECUENCIA O CONDICIÓN , sentimiento perturbador o conducta autodevaluadora que generé y me gustaría cambiar		
(B) CREENCIAS IRRACIONALES Que conduce a mi <i>consecuencia</i> (perturbación emocional o conducta autodevaluadora). Rodea con un círculo, las que se apliquen a estos <i>acontecimientos activantes (A)</i> .		(E) CREENCIAS RACIONALES Reemplazar mis <i>ideas irracionales (iBs)</i> Ejemplo: Preferiria hacerlo muy bien, pero no <i>tengo que</i> hacerlo necesariamente. Soy una persona que actúa mal, no una <i>mala persona</i> . No hay evidencia de que <i>tenga que</i> ser aceptado, aunque <i>me gustaría</i> .
1. ¡DEBO de hacer bien o muy bien!		
2. Cuando actuó de forma estúpida es porque soy UNA PERSONA MALA O SIN VALIA		
3. ¡DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante		
4. ¡NECESITO que me quiera alguien que se preocupe mucho por mi		
5. Si me rechazan quiere decir que soy una PERSONA MALA, INDESEABLE		
6. ¡La gente DEBE tratarme correctamente y darme LO QUE NECESITO		

7. ¡La gente DEBE vivir con arreglo a mis expectativas, de lo contrario será TERRIBLE!	
8. ¡La gente que actúa de forma inmoral es GENTE INDIGNA, CORRUPTA!	
9. ¡NO PUEDO SOPORTAR las cosas malas o la gente difícil!	
10. Mi vida DEBE tener pocas dificultades o problemas importantes	
11. ¡Es HORRIBLE cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero	
12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta!	
12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta!	
13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciado cuando no lo consigo	
Otras creencias irracionales: (F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS, que he experimentado después de haber llegado a mis CREENCIAS RACIONALES EFICACES	
Otras creencias irracionales: (F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS, que he experimentado después de haber llegado a mis CREENCIAS RACIONALES EFICACES	

Anexo 5-a

DIARIO PARA IDENTIFICAR ID. IRRACIONALES O DISTORSIONES COGNITIVAS		
<p>El propósito de este diario, es recoger información, sobre su forma de pensar en situaciones problemáticas, permitiéndole descubrir ideas irracionales (iB) más frecuentes, ya que estas tienden a presentarse en más de una ocasión y bajo circunstancias/ acontecimientos activantes (A) diferentes. Después de algunos días, es probable que comiencen a surgir ciertos patrones en los que un número dado de sucesos activantes (A) evoquen una idea irracional (iB). Esta información le permitirá saber cuándo y dónde estar alerta para utilizar sus habilidades de debate (D). Este diario puede también servir como resumen al material proveniente del formulario Análisis de ideas.</p>		
SEMANA:		
COLUMNA 1: EXPECTATIVA/ IDEA IRRACIONAL		COLUMNA 2: ACONTECIMIENTO/ SITUACION QUE LA PROVOCA
	PRIMER DIA	
	SEGUNDO DIA	
	TERCER DIA	
	CUARTO DIA	
	QUINTO DIA	
	SEXTO DIA	
	SEPTIMO DIA	
<p>ANALISIS SEMANAL ¿Qué idea irracional se manifestó en varias situaciones durante esta semana? (La misma (Ib) en la semana1 bajo distinta (A) en la Columna 2)</p> <p>Durante el mismo evento ¿Qué ideas irracionales surgieron? (Distintas (iB) en la columna 1 bajo la misma (A) en la columna 2).</p>		

Anexo 5-b

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Judith, Beck(1995)

Instrucciones: Cuando el estado de ánimo decae, piense ¿Qué está pasando por mi mente en este momento? Y anote lo más rápido que pueda si su pensamiento automático					
Fecha / hora	Situación	Pensamiento/s Automático/s	Emoción/es	Respuesta Adaptativa	Resultado
	<p>1 ¿Qué acontecimientos reales, pensamientos, ensoñaciones o recuerdos llevan a esa emoción desagradable?</p> <p>2 ¿Qué sensaciones físicas y perturbadoras experimento? (si hubo alguna)</p>	<p>1 ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente?</p> <p>2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?</p>	<p>1 ¿Qué emoción/es Sintió en ese momento?</p> <p>2. ¿Cuán intensa (0 al 100%) fue la emoción?</p>	<p>1(Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo?</p> <p>2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos</p>	<p>1 ¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático?</p> <p>2 ¿Qué emoción/es sintió?</p> <p>¿Qué tan intenso (de 0 a 100%)?</p> <p>3. ¿Qué hará (o hizo)?</p>
EJEMPLO					
Viernes 8/3 , 15 hrs.	Pensaba en invitar a Bob a tomar un café.	El no querrá ir conmigo 50%	Tristeza a 75%	<p>(Error por predicción del futuro)</p> <p>-En realidad no sé si quiere ir 90%</p> <p>-Dejar de suponer, para tener una buena oportunidad de lograrlo 100%</p>	<p>- PA 50%</p> <p>-Tristeza 50%</p> <p>-Angustia 50%</p>
<p>1. ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿y de que no lo es? 2. ¿Existe alguna otra explicación posible? 3. ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5. ¿Qué debo hacer al respecto?</p>					

Anexo 6

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA, Judith, Beck (1993).

Datos relevantes de la infancia ¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y sostenimiento de la creencia central?		
Creencias central (es) ¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?		
Presunciones/Creencias/ Reglas Condicionales ¿Qué presunción positiva lo ayuda a soportar su creencia central? ¿Cuál es la contraparte negativa de esa presunción?		
Estrategia (s) Compensatoria (s) ¿Qué comportamiento lo ayuda a sobrellevar la creencia?		
Situación, problema 1	Situación, problema 2	Situación, problema 3
Pensamiento automático (P.A.)	(P.A.)	(P.A.)
Significado de P.A.	Significado de P.A.	Significado de P.A.
Emoción (asociada con P.A.)	Emoción	Emoción
Comportamiento ¿Qué hizo entonces el paciente?	Comportamiento	Comportamiento

Anexo 7

1) Ejercicio básico vibratorio y de toma de tierra. Este ejercicio se utiliza para comenzar las vibraciones en las piernas y ayudar a la persona a sentir las. Consiste colocarse de pie con las piernas separadas a unos 25 cm, los dedos de los pies ligeramente vueltos hacia adentro, a fin de estirar algunos músculos de los glúteos. El paciente, se debe inclinar hacia adelante y tocar el suelo con los dedos de ambas manos. Las rodillas debería hallarse ligeramente dobladas, no tendría que caer ningún peso en las manos; todo el peso del cuerpo se halla en los pies. Se debe permitir que la cabeza cuelgue lo más posible. Se respira a través de la boca, con facilidad y profundidad, se debe de asegurar de seguir respirando (Olvidarse de respirar por la nariz).

Se debe Permitir que el peso del cuerpo vaya hacia adelante, de modo de que se apoye sobre el metatarsiano de los pies (Hay un metatarsiano exactamente detrás de cada dedo del pie), los talones, pueden quedar ligeramente elevados, también, se deben enderezar las rodillas lentamente, hasta que los tendones de la corva, en la parte de atrás de las piernas, estén estirados. Las piernas no deben estar totalmente enderezadas o bloqueadas. Se debe mantener esta postura aproximadamente durante un minuto.

Este ejercicio, es bien conocido por la bioenergética, para decir que una persona tiene los pies sobre el suelo, significa que el individuo sabe dónde se planta y por lo tanto, que sabe quién es. El resultado inmediato, es aumentar su seguridad.

Las personas que tienen miedo a caer, están bloqueadas en su capacidad de someterse plenamente a la descarga sexual y no experimenta la plena satisfacción orgásmica. Se tiene miedo a caer, por el miedo a fallar y por lo tanto no se pueden entregar los sentimientos.

La toma de tierra, pretende ayudar a la persona a volverse más plenamente identificado con su naturaleza animal, pues la parte inferior del cuerpo tiene naturaleza animal en cuanto a sus funciones (locomoción, defecación y sexualidad), que la parte superior (pensamiento, habla y manipulación del entorno). Estas funciones son más instintivas y menos sujetas al control consciente.

La importancia de estar centrados en la parte inferior del abdomen o vientre, es reconocida por la mayoría de los orientales, los japoneses, usan la palabra *hara*, que significa vientre, consideran que si una persona se encuentra centrada en este punto, se dice que tiene *hara*, es decir, que se encuentra equilibrado tanto psicológica , como físicamente. El *hara*, es el centro

para la vida inconsciente o instintiva, literalmente el asiento de la vida, pues el cuerpo, se asienta sobre el cesto de la pelvis, a través de ella tenemos contacto con los órganos sexuales y con las piernas. Es también el vientre donde el individuo es concebido. La pérdida del contacto con este centro vital, desequilibra a una persona y la conduce a la ansiedad e inseguridad.

Por el contrario, los occidentales, se centran más en la parte superior del cuerpo, principalmente en la cabeza, que representa al ego, el centro de la consciencia y del comportamiento deliberado. La toma de tierra puede mantenerse si se tiene siempre un poco flexionadas las rodillas, otra postura, es dejar salir el vientre.

Flexionando las rodillas. Se realiza erguido, con los pies separados a 20 cm, se debe observar si las rodillas están bloqueadas energéticamente o dobladas, si los pies están paralelos o girados hacia afuera, si el peso del cuerpo se apoya hacia adelante sobre los dedos de los pies o hacia atrás hacia los talones. Se deben doblar ligeramente las rodillas y girar los pies, de modo, que queden absolutamente paralelos; después, se debe arrojar todo el peso hacia adelante sin elevar los talones, de forma que descansa sobre los dedos de los pies. Lentamente, se debe doblar y enderezar las rodillas seis veces y mantener la posición sobre 30 segundos, respirando con facilidad.

Dejando salir el vientre. Se realiza estando erguido con los pies separados unos 20 cm y lo más enderezado posible, se doblan las rodillas ligeramente, sin levantar los talones del suelo, después hay que inclinarse hacia adelante, de modo que el peso del cuerpo, recaiga sobre los dedos de los pies. Hay que mantener el cuerpo erecto pero no rígido ver figura 3 del libro. Después se deja que el vientre (la parte inferior del abdomen) salga hacia afuera, lo más lejos que pueda y se respira con facilidad por un minuto. El propósito de este ejercicio, es permitir sentir las tensiones de la parte inferior del cuerpo.

A mucha gente le cuesta permitirse sacar el abdomen, porque supuestamente una persona estilizada, es aquella que camina con los hombros y cabeza en alto, junto con el vientre hacia adentro, esta postura genera mucho gasto de energía y se combate la naturaleza animal básica; al mismo tiempo se elimina los sentimientos sexuales de la pelvis y no permite que esa descarga exprese amor, como en la etapa en que la mujeres vestían corsés para contener su sexualidad.

Ejercicios sobre sexualidad: La bioenergética ve al organismo como una unidad, por lo que también considera que la salud es algo unitario, lo que significa que hay una identidad entre salud física, salud mental, salud emocional y salud sexual y un desequilibrio en alguna de estas áreas, trastorna la integridad del organismo y afecta la salud en todos los niveles.

El modo en que la persona sostiene su pelvis, así como la cabeza, indica muchas cosas; el trastorno pélvico más común, es el del trasero encogido. La pelvis es empujada hacia enfrente y el trasero se mantiene tenso y como resultado, la parte inferior de la espalda permanece bastante recta, por lo que esta postura denota que la persona no está asentado en su naturaleza sexual, para hacerlo debe tener una en balanceo libre, por lo que hay que recuperar la movilidad de la pelvis y dentro de este ejercicio eliminar las ansiedades sexuales por medio de la regresión de algunos recuerdos, de la infancia, etc.

Se debe empezar por alguna actividad vibratoria de las piernas, tarde o temprano, se extenderá hasta la pelvis, es importante desarrollar, el sentimiento de estar tomando tierra, puesto que la sexualidad adulta, se relaciona con el sentimiento de independencia y madurez que hace su expresión sexual una actividad responsable de su ser total. Finalmente la respiración debe ser abierta y profunda en el vientre, de modo que los movimientos pélvicos, estén coordinados con la respiración.

Finalmente es importante no poner rígido el trasero, pues esto representa el temor a abandonarse, que si lo hacemos defecaremos y nos ensuciaremos, esto fue originado en el entrenamiento de la infancia, tensiones inconscientes, pero que bloquean la entrega total de la descarga sexual. En los siguientes ejercicios se pide que se deje caer el fondo de la pelvis y empujes hacia afuera el recto, como si fueses al retrete, no hay que experimentar miedo a hacerse, ya que el musculo está cerrado y solo se abre cuando hay materia fecal, si tiene alguna duda, primero evacue el intestino.

Ejercicio de rotación de caderas. Se realiza erguido, con los pies separados a unos 30 cm rectos y paralelos, rodillas ligeramente dobladas y el peso del cuerpo sobre la mitad delantera de los pies, los hombros deberían estar caídos, el pecho blando y el vientre fuera. Se debe colocar las manos en la cadera; en esta posición hay que tratar de rotar lentamente las caderas en círculo, de izquierda a derecha, el movimiento debería tener lugar principalmente en la pelvis y sólo mínimamente involucrar a la zona superior del torso y a las piernas. Tras 6 realizaciones de círculos se debe invertir la dirección y hacer la misma cantidad de veces el ejercicio.

Arqueando la espalda y meciendo la pelvis. Se realiza tumbado en el suelo con las rodillas dobladas de modo que los pies estén paralelos y apoyados sobre el suelo, se debe arquear el lomo y apretar el trasero contra el suelo, mientras se debe inhalar dejando salir el vientre lo más posible, luego hay que exhalar y dejar que la pelvis rote hacia adelante, haciendo una ligera presión hacia abajo sobre los pies para darle un ligero impulso elevador, después hay que inhalar nuevamente y dejar que la pelvis se balancee hacia atrás arqueando y presionando el trasero contra el suelo. Hay que realizar este ejercicio bajo 15 a 20 respiraciones. La respiración debe ser lenta.

Ejercicio diciendo >>no>> mientras se patalea. Para hacer el ejercicio trate de decir que no mientras patalea, el no debe ser manteniendo el mayor tiempo posible y repetido varias veces durante el ejercicio. Después se patalea con una gran protesta. ¿Cómo es su voz? ¿Fuerte y plena o débil y vacilante? ¿Le asusto el sonido de su voz? Si un ejercicio te trastorna, no lo repitas con mucha frecuencia pues puede ser muy fuerte, hay que prepararse para el y para practicarlo de forma persistente.

Anexo 8

BREVIARIO DE LAS FLORES DE BACH

FLOR	CARACTERISTICAS DE USO
1. Agrimony	Para ansiedad, alergias, colitis y artritis, adicciones, estados emocionales ocultados a los demás, tortura mental no expresada, para las personas que hacer bromas y chistes cuando están enfermos,
2. Aspen	Para temores a cosas desconocidas, agorafobia, claustrofobia, temor a la oscuridad o a la muerte, para quienes dicen tener corazonadas.
3. Beech	Para hipercríticos, intolerantes, siempre quieren tener la razón, desean perfección a su alrededor, molestia ante ruidos y olores muy fuertes, para la autocrítica, personas con rigidez de cuello.
4. Centaury	Para sometimiento a los demás, ansiosos por ser aceptados, personalidad alfombra, masoquistas, mujeres u hombres dominados y maltratados, voluntad débil, dificultad para decir que no.
5. Cerato	Personas que dudan de sus decisiones, preguntones, ávidos por el conocimiento, piden consejo a todos antes de realizar una acción, pide confirmación de sus actos, copia personalidades fuertes.
6. Cherry Plum	Temor a perder la razón o el control, tics, para ideas fijas y obsesivas y para niños que hacen muchos berrinches.
7. Chestnut Bud	Para quienes caen en el mismo error, dificultad para el aprendizaje, enfermedades repetitivas, no aprenden de las experiencias.
8. Chicory	Para egocentrismo, necesitados de afecto, necesidad de controlar, no les gusta la soledad, sensibilidad ante desaire, sobreprotector, siempre tiene algo que cambiar en los demás, llanto por falta de gratitud.

9. Clematis	Para los problemas de atención, dificultad para estar concentrado pérdida de conciencia, desmayos y ausencia, se duermen en todas partes, manos frías y pérdida de vista y/o audición.
10. Crab Apple	Para el trastorno obsesivo compulsivo, en especial por la limpieza.
11. Elm	Para personas activas que de pronto pierden energía, para el bloqueo intelectual, para atletas y para el miedo al compromiso, sentimientos de que es fuerte lo que vendrá.
12. Gentian	Para la depresión por causa conocida, personas negativas y pesimistas, luego de una recaída de una enfermedad, desánimo rápido frente a adversidades, se siente mártir y culpa al destino.
13. Gorse	Para quien acude a un terapeuta por consejo de alguien, para la desesperanza, no encuentra salida a su situación, depresión ante diagnóstico de una enfermedad crónica.
14. Heather	Para el narcisismo, se pegan a los otros para contar su vida y sus problemas, no puede quedarse callado, ni escuchar a los demás, no le gusta la soledad.
15. Holly	Flor para el odio, el resentimiento, los celos, necesidad de venganza, malas sospechas del prójimo, se ofende con facilidad, arranques de rabia y celos.
16. Honey Suckle	Para las personas que viven el pasado, para las añoranzas, pérdida de la memoria después de un hecho traumático, personas que hablan del pasado como si el presente no importara.
17. Horn Beam	Para el cansancio mental por la rutina, embotamiento por mucho estudio, cansancio de lunes por la mañana, necesidad de hacer cambios de actividades para no aburrirse, lagrimeo y ojos cansados,
18. Impatient	Para la impaciencia e irritabilidad, los demás les parecen lentos, si hacen un trabajo en grupo y no siguen su velocidad, arrebatan el

	trabajo a los otros y lo terminan haciendo por sí mismos, carácter explosivo.
19. Larch	Para la autoconfianza y sentimiento de inferioridad sin resentimiento ni envidia, dificultad para hablar con desconocidos, tartamudea al hablar con un superior, manos sudorosas, nerviosismo.
20. Mimulus	Miedo a cosas conocidas, dolor, frío, enfermedad, insectos, para la timidez y el pudor, para niños que se esconden entre las piernas de los padres, para la risa por nerviosismo.
21. Mustard	Depresión que aparece y desaparece sin causas conocidas, depresión endógena, depresión por síndrome menstrual, , no puede ocultar la tristeza profunda a los demás.
22. Oak	Para obsesión por el trabajo, se siente mal si una enfermedad le impide trabajar, aun enfermo sigue trabajando.
23. Olive	Agotamiento tanto mental como físico, cansancio después de enfermedades crónicas o después de cuidar a un enfermo, personas que han agotado sus energías luego de un gran esfuerzo, atletas, estudiantes, madres, etc., solo se tienen ganas de dormir.
24. Pine	Sentimiento de culpa, auto reproche, es tan autoexigente, que jamás está contento ni satisfecho, se culpa de todo, siempre piensa que lo pudo haber hecho mejor. Padres que se culpan por el fracaso de los hijos, culpa por el pasado, piden disculpas continuamente.
25. Red Chestnut	Personas sumamente protectoras y miedosas por el bienestar de la familia.
26. Rock Rose	Para el terror o miedo extremo, estrés post traumático. Para pesadillas, accidentes graves, amenaza de aborto o parto difícil.
27. Rock Water	Para el auto sacrificio y auto castigo, auto crítica, para quienes tienen problemas para disfrutar la vida, para fanatismo, dietas estrictas,

	ejercicio. Para la represión de necesidades corporales o emocionales.
28. Scleranthus	Indecisión, dificultad para decidir entre 2 cosas, mareos, temblores, erupciones cutáneas, cambios anímicos, de la tristeza a la alegría, etc., son extremistas, personas que se empeoran con los viajes.
29. Star of Bethlehem	Para toda clase de shocks, depresión por duelo, para golpes, traumas, fracturas, quemaduras y fuertes impactos emocionales
30. Sweet Chestnut	Para la angustia y pensamiento o sensaciones suicidas.
31. Vervain	Para fanáticos, híper entusiastas, estresados por la perfección, tensión externa, exasperados por las injusticias, se les dificulta no tratar de convencer a los demás, ideas anarquistas, le cuesta relajarse, si no ha terminado las tareas del día no puede dormir, niños que quieren demostrar todo lo que aprendieron en el colegio, tensión en ojos, cuello y hombros.
32. Vine	Para necesidad de dominio, ambición de poder, siempre creen tener la razón, sadismo, hombres y mujeres que golpean a sus parejas.
33. Walnut	Remedios para los cambios, para la susceptibilidad a ideas de otros, para los momentos de transición, para la menopausia, inicio de enfermedades, cambio de trabajo o domicilio, necesiten de protección.
34. Water violet	Para el orgullo, disfruta la soledad, es reservados, arrogantes por sentirse diferente o superior a los demás, tiene dificultad para comunicarse con las personas, auto controlado y emociones, planas.
35. White Chestnut	Para personas que no dejan de pensar hasta llegar al insomnio, por lo regular sus ideas les son desagradables, muestran el ceño fruncido y sufren de cefaleas por cansancio mental.
36. Wild Oat	Para personas inconstantes, insatisfechas por no saber que quieren, buscan encontrar su camino, pero se aburren por hacer actividades

	que no les son prioritarias, sienten un vacío interno y se deprimen.
37. Wild Rose	Apatía y resignación sin depresión, todo le da igual, aburrimiento, movimientos lentos en voz baja, no le importa su presencia personal, fatalismo ante vida o matrimonio infeliz.
38. Willow	Resentimiento, amargura, echa la culpa a los demás de su infortunio, quejas, lamentos continuos sin explosión, auto lástima, , siente que no se merecía este destino, se alegra por el mal ajeno, rebeldía en la adolescencia, arrugas profundas en las comisuras de los labios.
Rescue	Compuesto de cinco flores (Impatient, clematis, rock rose, cherry plum, star of Bethlehem). Previene la desorganización del sistema energético de la persona en estados de crisis, como, un gran susto, un accidente, malas noticias, o cualquier situación desequilibrante (aguda o crónica) que pueda disminuir las defensas del ser humano. Este remedio estabiliza las emociones, que a su vez es de curación.

Anexo 9

CASO EN ESPECIFICO	HOLONES
Ansiedad simple/ Estrés	o – b – c
Aracnofobia, Claustrofobia, Turbulencia	b – o – c
Auto devaluación	M
Cambio continental de horario (Trastorno Jet Lag)	b – c
Culpa	di – c
Deseo adictivo	o – b – c, c – o – c y b – o – c
Depresión y Dolor Físico	g 50 – c
Enojo	dm – c
Fobias simples y miedo	o – b – c
Inversión de conceptos y palabras. Comportamiento negativo y de auto sabotaje	Corregir IP a nivel apropiado (IP, IPR, IP2. IPM, RC2)
Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC)	c – o – c, b – o – c y o – b – c
Pánico, Ansiedad	cc - o – b – c, o – b – cc – c, o – b – cc – c, b – o – cc – c – dm , cc – b – o, o – cc – b – dm, c – o – b
Rabia (enojo en exceso)	fo - c
Torpeza Anormal	RC2
Trauma complejo, rechazo, mal de amores y pena	cc – o – b – c

Trauma complejo con enojo	cc - o - b - c - dm - c
Trauma complejo con culpa	cc - o - b - c - di - c
Trauma complejo con enojo y culpa	cc - o - b - c - dm - c - di - c
Trauma Simple, rechazo, mal de amores y pena	cc - c
USM de 2 o menos y Relajación rápida	Or (ojos rodando del piso al techo)
Vergüenza	Bn

Anexo 11

Historia de Vida	
I N F A N C I A Y P U B E R T A D	<p>¿Tiene conocimiento de a los cuantos meses su mamá se enteró de que estaba embarazada de usted y como lo tomo? ¿De no ser así, podría investigarlo?</p> <p>¿Cuál fue la reacción que tuvo su papá y sus abuelos al enterarse del embarazo? <i>Si tiene hermanos, realice algunas de las preguntas de acuerdo al caso:</i></p> <p>¿Recuerda o alguna vez escucho a algún familiar decir cómo reacciono usted ante la llegada de su hermano (a)?</p> <p>¿Alguna vez escucho a algún familiar decir como reacciono hermano (a) ante su llegada?</p> <p>¿Cómo considera que se llevaba con su hermano (a, os, as) en la infancia, con quien se llevaba mejor?</p> <p>¿Cuál es el mejor y cuál es el peor recuerdo que tiene con respecto a su relación con sus hermano (a, as, os) en su infancia?</p> <p>¿Recuerda cómo eran sus padres y seres cercanos con usted en su infancia?</p> <p>¿Siempre ha vivido en el mismo lugar, o cuantas veces se ha mudado y de qué manera le afecto?</p> <p>¿Considera haber vivido algún evento traumático al ser niño?</p> <p>¿Cómo considera fue su desempeño en la en su desarrollo educativo?</p> <p>¿Recuerda haber tenido alguna enfermedad que le haya afectado o modificado su vida?</p>

<p>A</p> <p>D</p> <p>O</p> <p>L</p> <p>E</p> <p>S</p> <p>C</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>C</p> <p>I</p> <p>A</p>	<p>¿Cómo considera que usted tomo su adolescencia?</p> <p>¿Cómo considera que sus padres tomaron su adolescencia?</p> <p>¿Qué hay con respecto a los cambios corporales que experimento, algún familiar platico de esto con usted?</p> <p>¿Tuvo algún (os) noviazgo en esta etapa de su vida, cómo los recuerda?</p> <p>¿Tuvo alguna experiencia sexual en esta etapa de su vida, que experiencias, vivencias, recuerdos tiene de esta?</p> <p>¿Sucedió algo relevante en esta etapa de su vida con respecto a su desarrollo educativo?</p> <p>¿En esta etapa recuerda haber tenido alguna enfermedad que haya sido significativa para su persona?</p> <p>¿Experimento el fallecimiento de algún familiar o amigo en esta etapa, cómo lo tomo?</p> <p>¿En general como considera que fue su adolescencia.</p>
<p>A</p> <p>D</p> <p>U</p> <p>L</p> <p>T</p> <p>O</p>	<p>¿Tiene alguna relación de pareja, como considera se desarrolla esta?</p> <p>Si la persona aun es soltera y si aún vive con sus padres se le pregunta lo siguiente.¿Tiene planes a corto plazo para independizarse, cual es la razón de que aún no lo haya hecho?</p> <p>¿Sus padres consciente que usted siga con ellos, o le han verbalizado que tienen problemas con ello?</p> <p>En caso de que el paciente sea casado se indaga sobre lo siguiente</p> <p>¿Cómo es que conoció a su esposo (a), cuánto tiempo duro su noviazgo, como se fue desarrollando su relación y cómo considera que va su matrimonio?</p> <p>En caso de tener hijos se les pregunta lo siguiente ¿Sus hijo (os) fue (ron) planeados, cómo tomaron ustedes y su familia la noticia de la llegada de su hijo</p>

<p>J</p> <p>O</p> <p>V</p> <p>E</p> <p>N</p>	<p>(os)?</p> <p>¿Cómo vivió la etapa de la del desarrollo de su hijo (a, os, as)?</p> <p>¿Puede describir el sentimiento que le causo su nacimiento?</p> <p>¿Cómo continuo su relación con su pareja ante la llegada de su bebe?</p> <p>¿Cómo considera que actualmente se encuentra la relación con su pareja y sus hijos?</p> <p>¿Llego a realizarse en cuanto a un desarrollo profesional?</p> <p>¿Labora o laboro en el área de trabajo correspondiente a su nivel educativo?</p> <p>De no ser así , indagar la causa</p> <p>¿Hubo algún fallecimiento de algún familiar, amigo o conocido, de qué manera lo vivió?</p> <p>¿Cómo considera ha sentido que ha sido su desarrollo laboral, ha tenido buenas relaciones con sus compañeros, algunos problemas, satisfacciones, etc.?</p> <p>¿Actualmente en que trabaja y cómo se siente en su trabajo?</p> <p>¿Podría calificar como se encuentra de salud?</p>
<p>A</p> <p>D</p> <p>U</p> <p>L</p> <p>T</p> <p>O</p>	<p>En caso de haber tenido hijos, realice las siguientes preguntas</p> <p>¿Cómo tomo usted y su pareja la independecia de su (s) hijo (os), les afecto de alguna manera?</p> <p>¿Usted o su pareja han interferido en los problemas de pareja de algún hijo (os), cómo lo ha hecho, vivido, etc.?</p> <p>En caso de tener nietos, preguntar lo siguiente ¿Qué significo para usted y su pareja la llegada de los nietos a su vida?</p> <p>¿Actualmente usted o su pareja se hacen cargo se sus nietos, como se sienten</p>

M	al respecto, les afecta de alguna manera en su relación o en la relación con su
A	(s) hijo (os) y su pareja?
Y	¿Actualmente cómo se siente de salud, cree que se siente preparado para los
O	cambios que van ocurriendo en su cuerpo?
R	¿Actualmente vivió alguna pérdida de algún amigo, familiar o conocido y como
	se siente al respecto?
	¿En general como considera que se encuentra su vida?

Bibliografía

1. Aguirre, E. (2002). *Del enfermo imaginario al médico a palos: Elementos para una crítica de las psicoterapias*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Cap. I Psicoterapias o Psicoanálisis: Elementos para una crítica y Cap. 2 De una práctica de lo posible a una clínica de lo imposible
2. Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Tr. Aguiluz, Enrique. Anthropos, Barcelona.
3. Beck, A., Wright, F., Newman, C., et al. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona, España, Editorial Paidós. Pag. 51, 52 y Cap. 9 Técnicas de Terapia Cognitiva.
4. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. España. Edit. Gedisa. Prológo Beck. T. Aarron.
5. Berman, M. (2008) *Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la modernidad*. México. Siglo XXI.
6. Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Et. Al. (2003). *Teorías de la personalidad*. Primera parte. Octava re impresión, México, Ed. Trillas.
7. Cayuela, N., Alboukrek, A., Bernaus, M., Et. Al. (2004). *Diccionario enciclopédico*. Spes Editorial. 11ª edición. México.
8. Durkheim, E. (2003.) *El suicidio*. intr. De Lorenzo Díaz Sánchez. Madrid, España. Ediciones Akal
9. Ellis, A. (2000). *Vivir en una Sociedad Irracional. Una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo – conductual*. Comps. Shaw, B., Tr. Arnáiz, V.
10. Ellis, A. Leonor I. Lega y Vicente E. Caballo (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. 2da. Edición. Madrid. Editorial Siglo XXI.

11. Frigola, C. (2004). *Primeros Auxilios Emocionales de la Revolución Sexual del S. XXI y el legado de Wilhelm Reich*. Barcelona Laerts.
12. Galanter, P. (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Tr. Soutullo, Figueroa. Editorial Medica Panamericana, Barcelona España
13. Girola, L. (2005). *Anomia e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*. Anthropos, Barcelona.
14. Gispert, C. *Enciclopedia de Psicología*. (2000). Barcelona, Editorial Oceano. Definición de Síntoma: Un síntoma es considerado como cualquier cambio estructural o funcional que indica la presencia de una enfermedad o trastorno.
15. Habermas, J. (2008). *El discurso filosófico de la modernidad*. Tr. Jiménez, Manuel. Katz, Buenos Aires.
16. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta. Edición. México, D.F. Mc. Graw Hill Interamericana.
17. Huete, A. (2007). *Aromaterapia: El poder curativo de las flores y las plantas*. Barcelona. Editorial Océano Ámbar.
18. Jiménez, E. (Octubre 2008 a Febrero 2009) Curso selecto de Terapia Floral del Dr. Bach. Centro Sheng, Centro de Estudios en Medicina Biológica y Rehabilitación Corporal. Satélite, Edo. Méx.
19. Johnson, S. (2000) *Quien se ha llevado mi queso*. Barcelona, Edit., Urano.
20. Lowen, A., Lowen, L. (2011). *Ejercicios de bioenergética*. Barcelona. 11ª edición. Editorial Sirio.
21. Lowen, A. (2005) *Bioenergética*. 26. Edición. México, Editorial Diana.
22. Lowen, A. (2005). *El lenguaje del cuerpo: Dinámica física de la estructura del carácter*. Traducción Diorki. 5ta Edición, España, Edit. Herder.

23. Massera, O., Aguilón M., Arvizu Jose. Et, Al. (2006). *La bioenergética en México*. Introducción, pág. 2. Mundi Prensa México, S.A. de C.V., México.
24. Merani, A. *Diccionario de Psicología*. (2004). 22ª reimpresión. Edi. Grijalbo. México. Definición de Psicoanálisis: Teoría Psicológica en que sus partes fundamentales, consisten en analizar resultados individuales. Como por ejemplo análisis de los sueños.
25. Riso, W. (2004). *Pensar bien, sentirse bien*. Bogotá, Colombia. Grupo editorial norma
26. Schmidt, S. (2005). *Flores de Bach: Bienestar y armonía con las esencias florales*. Barcelona .Ediciones RBA,
27. Selby, A. (1997). *Aromaterapia: Guía práctica de los aceites esenciales y sus aplicaciones*. Barcelona, España. Editorial Oniro.
28. Sigmund, F. (2002) *Escritos sobre Histeria*. Tr. Luis López Ballesteros y de Torres, Ramón Rey Ardid. Madrid. Editorial Alianza.
29. Veilati, S., Korte, A., Carballo, Ramón. (2004). *Tratado completo de terapia floral: Tratamiento con flores de Bach, nueva generación y orquídeas*". 3ra edición. Madrid, España. Editorial. EDAF.